

Margarida Isabel Rangel Santos Henriques

Narrativas e Agorafobia:

**Construção e Validação de
uma Narrativa Protótipo**



Narr

**Construção e Validação de
uma Narrativa Protótipo**

Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia
Departamento de Psicologia
Braga, Outubro de 2000

TE
126

Margarida Isabel Rangel Santos Henriques



Narrativas e Agorafobia:

Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 19911
Data 26.10.2003

Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia - Departamento de Psicologia

Braga, Outubro de 2000



**Dissertação de candidatura ao grau de
Doutor em Psicologia, área de conhecimento
de Psicologia Clínica, orientada pelo Professor
Doutor Óscar F. Gonçalves do Instituto de
Educação e Psicologia da Universidade do
Minho.**

A ti Pai e a ti Mãe

*O calor do olá,
A luz do sorriso festivo,
A certeza de boas-novas no olhar,
A magia do ouvir e do contar,
Um corropio de planos,
Para já, para ontem, para amanhã,
Para quando calhar,
A vontade instalada de ficar,
A possibilidade de distanciamento
Adiada para a eternidade.
Do novelo incomensurável das vossas aventuras,
Sai um fio, cintilante e inquebrável,
Que escreve força e esperança!*

Agradecimentos

Gostaria de começar por fazer um brinde a todas as pessoas que tornaram viável e aprazível esta aventura. É com um profundo reconhecimento que os sinto presentes neste trabalho e na diversidade de histórias com que fico para contar.

Ao Prof. Doutor Óscar Gonçalves nenhuma palavra poderá manifestar melhor o meu agradecimento do que a satisfação que me acompanhou ao longo de todo este projecto e a expressão emocionada com que o termino. Do acompanhamento profissional ao longo de doze anos e da vasta multiplicidade de experiências, não sobressai um protótipo mas um fio condutor de reconhecimento pela arte com que sabe ler nas narrativas de cada um as suas potencialidades e a magia com que co-autoria a sua expansão no acto de criar. Na concepção longa de todo este projecto, ora como um respirar de que não se dá conta, ora com momentos de condensada produção, orquestrou os ritmos com uma mestria invisível de que só conheço o resultado. Por esse trabalho de supervisão que vejo tão complexo e que vivi como tão completo, a minha mais profunda gratidão. Guardo um "encontro" que me povoa de referências, inspiração e energia para uma vida... na qual sempre lhe ficarei a dever o prazer da construção de significados em psicologia.

Ao Prof. Doutor Américo Baptista pela amabilidade com que colaborou na parte empírica deste trabalho, disponibilizando sujeitos para amostra, instalações, bem como a participação da Dr.^a Fernanda, na

realização das entrevistas, facilitando o aumento e diversidade da amostra.

Ao Prof. Doutor Pio Abreu pela colaboração prestada na identificação de uma grande parte de sujeitos com agorafobia das amostras utilizadas, bem como de clínicos participantes no preenchimento do questionário que lhes era destinado.

À Prof.^a Doutora Luisa Figueira e outras profissionais da sua equipa, muito em particular à Dr.^a Maria José, pelo espaço e contactos de sujeitos com agorafobia que nos proporcionaram em Lisboa, contribuindo para a diversificação da amostra.

À Dr.^a Margarida Figueiredo que constituiu uma fonte preciosa de casos no norte do País, à Dr.^a Ana Cristina Fernandes, à Dr.^a Clara Pinho, à Dr.^a Emília Pereira, à Prof.^a Doutora Marina Serra Lemos, ao Dr. Carlos Mota Cardoso, ao Dr. João Barbosa, ao Dr. Fernando Pocinho, ao Dr. Jorge Silvério, ao Prof. Doutor Paulo Machado, ao Dr. Zeferino Ribeiro, ao Dr. Manuel Rosas, ao Prof. Doutor Ferreira-Alves pela generosidade com que nos disponibilizaram o contacto com os seus clientes com agorafobia.

À Prof.^a Doutora Marina Serra de Lemos, pela compreensão e abertura com que, enquanto regente de disciplinas de que sou docente, apoiou esta possibilidade de Doutoramento, manifestando sempre o seu incentivo e expandindo as nossas afinidades no Serviço de Consulta que coordena.

Ao Prof. Doutor Joaquim Bairrão e todos os colegas do CPDEC pela seriedade e saber com que têm vindo a contribuir para o meu desenvolvimento científico, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Ao Prof. Doutor José Miguez, regente de uma das disciplinas que lecciono, pela sua cumplicidade e pela generosa disponibilidade com que, sempre que possível, facilitou o meu processo de dedicação a este trabalho.

À Prof. Doutora Isabel Soares pela eficácia do trabalho em equipa desenvolvido para a construção de um protocolo de questionários utilizados neste projecto de investigação, bem como pelo constante incentivo ao meu trabalho e pelo seu exemplo que constitui uma forte inspiração.

No âmbito da construção do protocolo de questionários agradeço,

ainda, com muito carinho a parceria da Dr.^a Lúcia Neves em todas as fases da concepção do instrumento. Não quero deixar de sublinhar o reconhecimento pela colaboração de outros elementos neste projecto, como a Prof.^a Doutora Ângela Maia, a Prof.^a Doutora Teresa Freire e o Dr. Armando Pinho.

Ao Prof. Doutor Leandro de Almeida pela simpatia e disponibilidade com que prestou uma contribuição metodológica na elaboração do protocolo de questionários utilizado num dos estudos empíricos.

A todos os conhecidos e amigos que me serviram de "ponte" para a constituição do "grupo controlo", disponibilizando contactos valiosos ao curso da investigação.

À Dr.^a Alexandra Alves Freitas pelo entusiasmo, rigor e competência com que colaborou como voluntária na recolha de dados dos terceiro e quarto estudo, tornando real o meu desejo de transformar os limites da "solidão" dessa etapa do trabalho, num esforço de equipa fundado no prazer do desafio de um cruzar de construções múltiplas, rumo a uma significação "solidária". Será sempre memória a forma como partilhámos o tema, os encontros com os entrevistados, os nossos próprios crescimentos e num ambiente cuidadosamente lúdico e decorado de criativos simbolismos, na marcação de cada nova conquista. Não tendo ficado entre nós nenhum brinde por fazer, não queria deixar de agradecer em público esta colaboração inexcelável!

A todas as pessoas que participaram como sujeitos nesta investigação e que me deram o privilégio de partilhar as suas narrativas. Aos familiares dos sujeitos com agorafobia que se disponibilizaram para também colaborar neste trabalho.

A todos os clínicos que responderam aos questionários, dedicando algum do seu tempo a avaliar as narrativas protótipo de acordo com a sua experiência, bem como aos colegas e amigos que serviram de intermediários na distribuição do referido instrumento.

À Dr.^a Carla Martins com uma forte admiração e pela forma como tornou para mim a estatística um desafio apetecível, acompanhando-me com uma generosidade incomensurável de tempo, dedicação e entusiasmo

no apoio ao tratamento estatístico dos dados. Um obrigado especial pelas suas qualidades humanas e profissionais se terem tornado uma referência muito particular na minha vida.

Ao Pedro pelo gosto, carinho e cuidado com que partilhou comigo os seus ensinamentos de informática e pelo interesse e eficácia com que ia respondendo aos meus apelos aflitos durante a sua aplicação.

Ao António pela pureza da matemática com que me tornou transparente as fórmulas utilizadas e a doçura com que participou nessas reflexões.

À Ângela Maia pelos afectos das narrativas que nos cruzam e pela generosidade com que partilhou comigo a sua autoria, em textos que muito contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Ao António Ribeiro Alves pelo esforço de partilha de conhecimentos nesta área de interesse comum.

À Nini pela força da nossa cumplicidade, pelo encorajamento transmitido, e a disponibilidade com que colaborou em actividades que facilitaram o avançar dos meus trabalhos.

À Orlanda pelo permanente incentivo e interesse demonstrado no decorrer deste projecto, bem como pela empatia “energizante” com que partilhou as minhas agruras, bem como pela qualidade do entendimento que caracteriza o ambiente do nosso gabinete de trabalho.

À Luisa pela dedicação imensa com que me garantiu um apoio logístico diversificado e fundamental ao decorrer dos trabalhos, bem como pelo entusiasmo expectante com que o foi acompanhando, através de peculiares reforços no écran reduzido do telemóvel.

Ao Miguel Gonçalves pelo companheirismo com que cuidou da minha desconstracção ao longo de todo este esforço, ora com uma corrida à beira-mar, ora com mil e uma ideias de trabalho, fazendo-me descentrar deste enredo. E pela disponibilidade e incentivo sempre presentes.

À Carmo um agradecimento imenso pela generosidade da sua participação neste projecto; pelo entusiasmo com que leu e criticou partes deste trabalho, pelo tempo que gastou em correcções e pela disponibilidade incondicional com que foi acompanhando o meu esforço, no contexto de

uma amizade profunda e multiversa em que inventamos sempre espaço para mais uma partilha, explorando juntas as comunalidades e diversidades que projectam o nosso crescimento.

À Rita pelos preciosos esclarecimentos quanto ao código da língua portuguesa com que nos exprimimos, bem como pela infinita paciência com que colaborou em tarefas várias de correcção e a oferta de disponibilidade sempre presente.

Ao Miguel pelo envolvimento activo que as bulhas da nossa infância determinaram nos projectos um do outro e que, uma vez mais, em momentos críticos deste trabalho fez sentir a força única da sua presença.

Aos pais pela permanente disponibilidade e sempre tão solidária presença nos meus projectos. À mãe pela persistência nas criteriosas revisões dactilográficas e pela sua inconfundível arte do respeito e encorajamento. Ao pai pelas revisões incansáveis de textos e pela energia que me impele a terminar.

Àqueles Professores da licenciatura e do Mestrado que constituem referências identificatórias nas minhas escolhas, inspirando o curso do meu trabalho e continuando a traçar horizontes que me mobilizam.

Aos familiares e amigos de quem gosto muito, pelos sopros de solidariedade que faziam tocar o telefone, quando já me esquecia que estava no mundo..., contribuindo para a dedicação e energia que este trabalho me exigiu. Por constituírem referentes imprescindíveis no meu processo de narração.

Ao Quim pelo fio discreto e imenso da sua companhia, pelo envolvimento com que se apropria das minhas palavras traduzindo-as em imagem e em homenagem à nossa relação que vejo exponenciar-se numa diversificação infinita de projectos.

Resumo

O presente trabalho pretende contribuir para a compreensão da psicopatologia agorafóbica, enquanto sistema de significação co-construído num determinado contexto histórico-cultural. Este interesse enquadra-se numa das mais recentes evoluções na psicologia, que reassume o significado como um domínio central da investigação na compreensão do ser humano. Assumimos três pressupostos como principais: (1) a narrativa constitui a organização analógica central da experiência humana e da linguagem; (2) a psicopatologia é marcada por dificuldades, a nível da autoria criativa, que ameaçam a visão multifacetada e flexível da experiência, tornando possível considerar que diferentes tipos de perturbações corresponderão a organizações de significado específicas; (3) numa dada perturbação emocional, a matriz narrativa na dimensão do conteúdo é caracterizada por uma redundância temática, passível de constituir protótipos narrativos, enquanto sistemas invariantes de significação. Neste sentido, emergem dois objectivos centrais, que desenvolvemos através de um conjunto de cinco estudos empíricos: construir e validar uma narrativa protótipo da agorafobia. Num primeiro momento, foram recolhidas narrativas pessoais significativas, junto de 24 sujeitos com agorafobia e analisadas através da *grounded analysis*, tendo emergido uma narrativa protótipo. A seguir, foi analisada a validade convergente (grau de verosimilhança) e divergente (grau de discriminação), através de diversos instrumentos e interlocutores: dois grupos contrastantes de indivíduos com e sem a perturbação, constituindo amostras emparelhadas de 37 sujeitos, 40 sujeitos com agorafobia, 40 familiares ou amigos próximos desses sujeitos (*significativos*) e 57 clínicos. Os resultados sugerem a possibilidade de construir uma narrativa protótipo para a agorafobia, a qual foi convergentemente validada pelos diversos interlocutores. Quanto à validação divergente a situação mostra-se menos conclusiva, tendo sido totalmente confirmada apenas pelos clínicos. De modo interessante, o perfil de resultados das diversas amostras mostra-se congruente: a agorafobia tende a ser identificada com as narrativas protótipo da agorafobia, da depressão e do alcoolismo; e, por contraste, diferenciada da narrativa protótipo da anorexia e da toxicodependência. Globalmente, a evidência empírica sugere que a narrativa construída constitui um protótipo da organização de significados invariante acerca dos sujeitos com agorafobia, partilhada numa comunidade comunicacional. Ter em consideração a narrativa protótipo pode revestir-se de um importante significado, em contexto de intervenção e de investigação, no processo de diversificação e amplificação do conhecimento.

Abstract

This dissertation intends to contribute to the understanding of the agoraphobic psychopathology, as a system of co-constructed meaning making, in a given historical-cultural context. This aim is sustained by the recent psychology evolution that assumes meaning as a central research domain in the understanding of human beings. In this research three assumptions are seen as nuclear: (1) narrative (and through it language) constitutes the central analogical organization of human experience; (2) psychopathology is characterized by difficulties at the level of creative authorship, that threatens the multifaceted and flexible perspective of experience, making it possible to match different types of disorders with specific organizations of meaning; (3) in each specific disorder the narrative content is dominated by thematic redundancy, which allows us to characterize narrative prototypes as invariant systems of meaning. Having these topics in mind, five empirical studies were developed with the goal of constructing and validating a prototype narrative of agoraphobia. In a first moment, personal significant narratives were collected in 24 patients with agoraphobia, constructing a prototype narrative through grounded analysis. After this, convergent (degree of similitude) and divergent (degree of discrimination) validation were studied, using different instruments and informants: two contrasting groups of 37 subjects with and without psychopathology, 40 subjects with agoraphobia, 40 acquaintances (friends and family) of the former and 57 clinicians. The results suggest the possibility of constructing a prototype narrative for agoraphobia, which was convergently validated by the different informants involved. In which concerns the divergent validation the results are less clear, and only positive for the clinicians. Interestingly, the profile of the results of the different samples seems congruent: the agoraphobia is identified with the prototype narratives of agoraphobia, depression and alcoholism; and, by contrast, differentiated from the prototype narrative of anorexia and drug abuse. The data globally suggest that the constructed narratives are prototypical invariant in the organization of meanings about the agoraphobic subjects, shared in a communicational community. Acknowledging this prototypical narrative can be very meaningful, both in clinician and research contexts, in the process of diversification and amplification of knowledge.

Índice

| | |
|------------------|----|
| Introdução | 27 |
|------------------|----|

Parte I: Enquadramento Teórico

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Psicopatologia e significado | 35 |
| 2. Significado e agorafobia | 47 |
| 2.1 A Teoria de Guidano e a Agorafobia | 50 |
| 2.2 A Teoria de Lorenzini e Sassaroli e a Agorafobia: Uma perspectiva dos constructos pessoais | 69 |
| 2.3 A teoria de Joyce - Moniz e a Agorafobia: Um modelo dialéctico desenvolvimentista | 82 |
| 2.4 A Teoria de Esquemas Cognitivos de Beck e a Agorafobia | 92 |
| 2.5 A Teoria de Mathews e Macleod e a Agorafobia: Um Modelo de Processamento de Informação | 104 |
| 2.6 O Modelo de Auto-Regulação de Bandura e a Agorafobia | 115 |
| 2.7 A Teoria de Capps e Ochs e a Agorafobia | 119 |
| 3. Narrativas e organização dos significados | 129 |
| 3.1 Emergência da narrativa como metáfora | 131 |
| 3.2 Definição e característica da narrativa | 141 |
| 3.3 Narrativa e Psicopatologia | 158 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Parte II: Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo na Agorafobia | 175 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Primeiro Estudo: Construção de uma Narrativa Protótipo de sujeitos com agorafobia | |
| 1.1 Introdução | 183 |
| 1.2 Método | 185 |
| 1.3 Resultados | 204 |
| 1.4 Discussão | 258 |
| 2. Segundo Estudo: Validação Convergente da narrativa protótipo | |
| 2.1 Introdução | 269 |
| 2.2 Método | 273 |
| 2.3 Resultados | 281 |
| 2.4 Discussão | 285 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3. Terceiro Estudo: Validação Divergente da narrativa protótipo junto de Sujeitos com Agorafobia | |
| 3.1 Introdução | 289 |
| 3.2 Método | 291 |
| 3.3 Resultados | 305 |
| 3.4 Discussão | 382 |
| 4. Quarto Estudo: Validação Divergente da narrativa protótipo junto de <i>Significativos</i> | |
| 4.1 Introdução | 415 |
| 4.2 Método | 417 |
| 4.3 Resultados | 424 |
| 4.4 Discussão | 463 |
| 5. Quinto Estudo: Validação Divergente da narrativa protótipo junto de Clínicos | |
| 5.1 Introdução | 475 |
| 5.2 Método | 478 |
| 5.3 Resultados | 484 |
| 5.4 Discussão | 562 |
| Parte III: Conclusões | 585 |
| Referências Bibliográficas | 619 |
| Anexos: | 637 |
| Anexo 1: Critérios de diagnóstico da agorafobia (DSM III-R) (primeiro, segundo, terceiro e quinto estudos) | 639 |
| Anexo 2: Determinação do nível sócio-económico (Graffar) (primeiro, segundo, terceiro e quarto estudos) | 643 |
| 1º Estudo | |
| Anexo 3: Características demográficas da amostra | 647 |
| Instrumentos para Recolha dos Dados Demográficos | 651 |
| Anexo 4: Ficha de Identificação | |
| Anexo 5: Questionário de aspectos referentes ao Graffar | |
| Instrumentos de Avaliação Psicodiagnóstica | 657 |
| Anexo 6: Entrevista clínica estruturada para agorafobia (ADIS-R) | |
| Anexo 7: Questionário de Medos (QM) | |
| Anexo 8: Inventário Depressivo de Beck (BDI) | |
| Anexo 9: Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões (MOC) | |
| Anexo 10: Teste de despiste de alcoolismo (Le Gô) | |
| Anexo 11: Entrevista de Recordação de Narrativas Protótipo | 681 |
| Anexo 12: Declaração de consentimento | 687 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Resultados da <i>Grounded Theory</i> | 691 |
| Anexo 13: Categorias emergentes por narrativa pessoal significativa | |
| Anexo 14: Categorias emergentes por categoria gramatical narrativa | |
| Anexo 15: Categorias hierárquicas | |
| Anexo 16: Panorâmica do conjunto de características demográficas e índices psicopatológicos | 739 |
| 2º Estudo | |
| Anexo 17: Questionário de Avaliação da Narrativa Protótipo da Agorafobia | 743 |
| 3º Estudo | |
| Instrumentos destinados à descrição da Amostra | 753 |
| Anexo 18: Questionário de dados demográficos com declaração de consentimento | |
| Anexo 19: Questionário de Diagnóstico Clínico | |
| Anexo 20: Entrevista da História da Perturbação | |
| Anexo 21: Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia / Versão A – PAMaDeP | |
| Anexo 22: Resultados do estudo piloto da validação divergente | 779 |
| Instrumentos destinados à Validação Divergente | 785 |
| Anexo 23: Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo | |
| Anexo 24: Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo | |
| Resultados descritivos da Amostra | 805 |
| Anexo 25: Distribuição do sexo, idade, estado civil, habilitações, nível sócio-económico e situação profissional, por sujeito com agorafobia | |
| Anexo 26: Distribuição das características do diagnóstico e da fase da terapia, por sujeito | |
| Anexo 27: Fórmula das Comparações Múltiplas, proposta por Silva (1994) | 811 |
| Anexo 28: Ilustração do cálculo da validação divergente através da fórmula das comparações múltiplas | 815 |
| 4º Estudo | |
| Instrumentos destinados à Validação Divergente | 819 |
| Anexo 29: Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo - Versão para <i>Significativos</i> / Formato A (aplicação directa) | |
| Anexo 30: Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo - Versão para <i>Significativos</i> / Formato B (aplicação directa) | |
| Anexo 31: Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo - Versão para <i>Significativos</i> | |
| Anexo 32: Questionário de dados demográficos dos <i>significativos</i> | 849 |
| 5º Estudo | |
| Anexo 33: Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo para Clínicos | 853 |
| Anexo 34: Distribuição do sexo, idade, formação, orientações teóricas e número de anos de prática, por clínico | 867 |

Índice de Quadros e Figuras

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – (Primeiro Estudo) | |
| Distribuição da Amostra Prevista por Idade, Nível Sócio-Económico e Sexo (N=18) | 186 |
| Quadro 2 – (Primeiro Estudo) | |
| Distribuição da Amostra Obtida por Idade, Nível Sócio-Económico e Sexo (N=24) | 187 |
| Quadro 3 – (Primeiro Estudo) | |
| Resultados das sub-escalas do Questionário de Medo (Q.M.) por sujeito. | 205 |
| Quadro 4 – (Primeiro Estudo) | |
| Resultados da Avaliação Diagnóstica Diferencial, por sujeito. | 207 |
| Quadro 5 – (Segundo Estudo) | |
| Distribuição do Grupo Experimental (sujeitos com agorafobia) | |
| por Sexo, Idade, Habilitações, Profissão e Período de Evolução do Problema (N=37) | 275 |
| Quadro 6 – (Segundo Estudo) | |
| Distribuição do Grupo Controlo (sujeitos sem perturbações emocionais) | |
| por Sexo, Idade, Habilitações e Profissão (N=37) | 277 |
| Quadro 7 – (Segundo Estudo) | |
| Distribuição dos Resultados da Validação no Grupo Experimental | |
| (sujeitos com agorafobia) e no Grupo Controlo | |
| (sujeitos sem perturbações emocionais), por sujeito. | 282 |
| Quadro 8 – (Segundo Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Grau de Relação com a narrativa protótipo | |
| e Medidas Descritivas respectivas. | 283 |
| Quadro 9 – (Segundo Estudo) | |
| Diferença entre o Grupo Experimental (sujeitos com agorafobia) | |
| e o Grupo Controlo (sujeitos sem perturbações emocionais) | |
| quanto à ordem média de identificação com a narrativa protótipo. | 283 |
| Quadro 10 – (Terceiro Estudo) | |
| Análise da Consistência Interna do PAMaDeP e das Sub-escalas que o compõem. | 298 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 11 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Sexo. | 306 |
| Quadro 12 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Estado Civil. | 306 |
| Quadro 13 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Habilitações Literárias. | 307 |
| Quadro 14 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Nível Sócio-Económico, segundo a classificação de Graffar. | 307 |
| Quadro 15 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Situação Profissional. | 308 |
| Quadro 16 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Diagnóstico Principal. | 309 |
| Quadro 17 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Co-morbilidade (N=40) | 311 |
| Quadro 18 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por Fase da Terapia. | 311 |
| Quadro 19 – (Terceiro Estudo) | |
| Medidas descritivas das variáveis quanto ao tempo de duração da perturbação e dos acompanhamentos clínicos. | 313 |
| Quadro 20 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento da duração da perturbação segundo a opinião do <i>significativo</i> , e a do próprio sujeito. | 316 |
| Quadro 21 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento da evolução da perturbação com o seu grau de interferência actual. | 318 |
| Quadro 22 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento do tipo de evolução da perturbação com o início da perturbação. | 319 |
| Quadro 23 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento do grau de interferência com a fase da terapia. | 320 |
| Quadro 24 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por existência de outros acompanhamentos clínicos a nível psicológico, anteriores à perturbação. | 321 |
| Quadro 25 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por sujeitos com familiares que apresentam perturbações psicopatológicas. | 322 |
| Quadro 26 – (Terceiro Estudo) | |
| Frequência de cada acontecimento significativo na amostra. | 324 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 27 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por número de acontecimentos significativos prévios à emergência da perturbação. | 325 |
| Quadro 28 – (Terceiro Estudo) | |
| Frequência de cada mudança na amostra. | 326 |
| Quadro 29 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra por número de mudanças significativas associadas à emergência da perturbação por cada sujeito. | 327 |
| Quadro 30 – (Terceiro Estudo) | |
| Medidas Descritivas dos factores do PAMaDeP. | 329 |
| Quadro 31 – (Terceiro Estudo) | |
| Correlações entre os factores dos Questionários <i>Forma Mãe</i> e <i>Forma Pai</i> | 331 |
| Quadro 32 – (Terceiro Estudo) | |
| Correlações entre os factores do Questionário <i>Quando era pequeno(a)</i> | 332 |
| Quadro 33 – (Terceiro Estudo) | |
| Correlações entre os factores do Questionário <i>Antes de ter este problema</i> | 333 |
| Quadro 34 – (Terceiro Estudo) | |
| Correlações entre todos os factores que compõem os vários questionários do PAMaDeP. | 334 |
| Quadro 35 – (Terceiro Estudo) | |
| Medidas Descritivas em relação aos <i>Resultados da Ordenação</i> das Identificações (de 1 – menor identificação, a 5 – máxima identificação) com as cinco narrativas protótipo (NP). | 337 |
| Quadro 36 – (Terceiro Estudo) | |
| Medidas descritivas em relação aos <i>Resultados do Grau</i> das identificações (de 1 – nenhuma relação, a 5 – total relação) com as Cinco Narrativas Protótipo (NP), referidas pelos sujeitos com agorafobia. | 338 |
| Quadro 37 – (Terceiro Estudo) | |
| Ordens Médias de Identificação com as narrativas protótipo e χ^2 de Friedman, quer para os <i>Resultados da Ordenação</i> quer para os do <i>Grau</i> | 339 |
| Quadro 38 - (Terceiro Estudo) | |
| Comparação dos pares de narrativa protótipo (NP) e Significância Estatística das diferenças, com base na fórmula das comparações múltiplas (FCM), em que para os <i>resultados da ordenação</i> , se obteve o valor de 28.82. | 341 |
| Quadro 39 – (Terceiro Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento dos <i>Resultados da Ordenação</i> com os <i>Resultados do Grau</i> atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia. | 342 |
| Quadro 40 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Sexo. | 346 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 41 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Idade. | 347 |
| Quadro 42 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Habilitações Literárias. | 348 |
| Quadro 43 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por nível Sócio-Económico (NSE). | 350 |
| Quadro 44 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente para os sujeitos com e sem Co-morbidade no Eixo I. | 351 |
| Quadro 45 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente para os sujeitos com e sem Co-morbidade no Eixo II. | 352 |
| Quadro 46 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Fase da Terapia | 354 |
| Quadro 47 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Duração da Perturbação. | 355 |
| Quadro 48 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Acontecimentos Significativos. | 356 |
| Quadro 49 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por Grau de Interferência da Perturbação. | 357 |
| Quadro 50 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por Evolução da Perturbação. | 359 |
| Quadro 51 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente pela Situação de Perturbação em Familiares. | 360 |
| Quadro 52 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Aceitação-Afecto Pais</i> | 363 |
| Quadro 53 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Rejeição-Abandono Pais</i> | 363 |
| Quadro 54 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Sobreprotecção Pais</i> | 364 |
| Quadro 55 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Dependência</i> | 365 |
| Quadro 56 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Rejeição-Hiper-responsabilidade</i> | 367 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 57 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Abandono-Isolamento</i> | 368 |
| Quadro 58 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Perda Pais</i> | 369 |
| Quadro 59 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Doença Pais</i> | 370 |
| Quadro 60 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Ausência Pais</i> | 371 |
| Quadro 61 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Dependente</i> | 372 |
| Quadro 62 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Evitante</i> | 373 |
| Quadro 63 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Hipervigilante</i> | 374 |
| Quadro 64 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente no <i>Factor Sinalização Obsessão</i> | 375 |
| Quadro 65 – (Terceiro Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente de acordo com o resultado da ordenação (1-menor identificação; 5-máxima identificação) atribuído pelos <i>Significativos</i> à relação da narrativa da agorafobia com o sujeito (N=37). | 377 |
| Quadro 66 – (Terceiro Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia. | 379 |
| Quadro 67 – (Quarto Estudo) | |
| Distribuição da amostra de <i>significativos</i> por Nível Sócio-Económico, (N=40). | 417 |
| Quadro 68 – (Quarto Estudo) | |
| Distribuição da amostra de <i>significativos</i> por Grau de Parentesco. | 418 |
| Quadro 69 – (Quarto Estudo) | |
| Medidas Descritivas dos <i>Resultados da Ordenação</i> e do <i>Grau</i> das Identificações (de 1 – menor identificação, a 5 – máxima identificação) com as Cinco Narrativas Protótipo (NP), segundo os <i>significativos</i> | 425 |
| Quadro 70 – (Quarto Estudo) | |
| Ordens Médias de Identificação com as Narrativas Protótipo (NP), segundo os <i>significativos</i> e χ^2 de Friedman, quer para os <i>Resultados da Ordenação</i> quer para os do <i>Grau</i> | 427 |
| Quadro 71 – (Quarto Estudo) | |
| Comparação da Identificação atribuída pelos <i>significativos</i> entre os pares das narrativas protótipo (NP) e Significância Estatística das respectivas diferenças, com base na fórmula das comparações múltiplas na qual se obtiveram os valores de 28.35 e 29.33, respectivamente nos resultados da <i>ordenação</i> e do <i>grau</i> | 429 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 72 – (Quarto Estudo) | |
| Distribuição da amostra de <i>significativos</i> no cruzamento dos resultados da ordenação, com o grau de relação atribuído à narrativa protótipo da agorafobia. | 431 |
| Quadro 73 – (Quarto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por Sexo na amostra de <i>significativos</i> | 433 |
| Quadro 74 – (Quarto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente separadamente por nível Sócio-Económico (NSE) dos <i>significativos</i> | 434 |
| Quadro 75 – (Quarto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por Grau de Parentesco. | 435 |
| Quadro 76 – (Quarto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do grau atribuído pelos <i>significativos</i> , à identificação dos conhecidos com a narrativa protótipo da agorafobia. | 437 |
| Quadro 77 – (Quarto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída pelos <i>significativos</i> , à narrativa da agorafobia, envolvendo variáveis descritivas dos sujeitos com agorafobia. | 438 |
| Quadro 78 – (Quarto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do ordem atribuído pelos <i>significativos</i> , à narrativa da agorafobia, envolvendo as variáveis de identificação dos sujeitos com agorafobia em relação à respectiva narrativa. | 439 |
| Quadro 79 – (Quarto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída pelos <i>significativos</i> , à narrativa da agorafobia, envolvendo variáveis descritivas dos <i>significativos</i> e dos sujeitos com agorafobia. | 440 |
| Quadro 80 – (Quarto Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento dos Resultados da Ordenação, atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia (NPago) pelos <i>significativos</i> e pelos próprios sujeitos com agorafobia. | 443 |
| Quadro 81 – (Quarto Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento dos Resultados do Grau, atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia (NPago) pelos <i>significativos</i> e pelos próprios sujeitos com agorafobia. | 444 |
| Quadro 82 – (Quarto Estudo) | |
| Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos <i>significativos</i> e os sujeitos com agorafobia (Suj. Ago) à narrativa protótipo da agorafobia (NPago), segundo os resultados da ordenação, e do grau, separadamente para diversas subamostras. | 446 |
| Quadro 83 – (Quarto Estudo) | |
| Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos <i>significativos</i> (Sig.) e os sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo (NP), segundo os resultados da ordenação e do grau. | 449 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 84 – (Quarto Estudo) Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos <i>significativos</i> (Sig.) e pelos sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo segundo os resultados da ordenação e do grau, separadamente por Grau de Parentesco. | 451 |
| Quadro 85 – (Quarto Estudo) Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos <i>significativos</i> (Sig.) e os sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo, segundo os resultados da ordenação e do grau, de acordo com o Sexo em cada uma das amostras. | 453 |
| Quadro 86 – (Quarto Estudo) Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos <i>significativos</i> (Sig.) e os sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo, segundo os resultados da ordenação e do grau, de acordo com o Nível Sócio-Económico (NSE) dos Sujeitos com Agorafobia. | 456 |
| Quadro 87 - (Quarto Estudo) Análise discriminante conduzida sobre a consistência / discrepância entre a ordem de identificação com a narrativa da agorafobia atribuída pelos sujeitos com agorafobia e pelos respectivos <i>significativos</i> (N=37). | 461 |
| Quadro 88 - (Quarto Estudo) Análise discriminante conduzida sobre a consistência / discrepância entre o grau de identificação com a narrativa da agorafobia atribuído pelos sujeitos com agorafobia e pelos respectivos <i>significativos</i> (N=40). | 462 |
| Quadro 89 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra por Formação Profissional. | 478 |
| Quadro 90 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra por Número de Anos de Prática Clínica. | 479 |
| Quadro 91 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra (N=57) por Grau de Relevância das diversas orientações teóricas e Medidas Descritivas respectivas. | 485 |
| Quadro 92 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra (N=57) por Orientações Teóricas categorizadas em três níveis de relevância. | 487 |
| Quadro 93 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra por orientações teóricas categorizadas em “Biológica ou Comportamental” e “Outras Orientações”. | 488 |
| Quadro 94 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra por orientações teóricas categorizadas em “Biológicos Puros” e “Biológicos Híbridos”. | 488 |
| Quadro 95 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra por orientação teórica, segundo a categorização da predominância em quatro categorias. | 489 |
| Quadro 96 – (Quinto Estudo) Distribuição da amostra no cruzamento da orientação teórica humanista com o sexo. | 492 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 97 – (Quinto Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento da orientação | |
| teórica dominante com a formação. | 493 |
| Quadro 98 – (Quinto Estudo) | |
| Distribuição da amostra no cruzamento da orientação | |
| teórica dominante com o número de anos de prática clínica. | 493 |
| Quadro 99 – (Quinto Estudo) | |
| Medidas Descritivas em relação aos Resultados das Identificações | |
| (de 1 – nenhuma relação, a 5 – total relação) entre a Agorafobia | |
| e as cinco Narrativas Protótipo (NP), segundo os clínicos. | 496 |
| Quadro 100 – (Quinto Estudo) | |
| Ordens Médias de Identificação da Psicopatologia da Agorafobia | |
| com as diversas Narrativas Protótipo e χ^2 de Friedman ($N=49$). | 497 |
| Quadro 101 – (Quinto Estudo) | |
| Comparação da Identificação atribuída pelos clínicos entre os pares de narrativas | |
| protótipo (NP) e Significância Estatística das respectivas diferenças , com base | |
| na fórmula das comparações múltiplas em que se obteve o valor de 32.74 ($N=49$). | 500 |
| Quadro 102 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente em cada uma das | |
| quatro Perturbações Psicopatológicas. | 501 |
| Quadro 103 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| separadamente por Sexo na amostra de clínicos. | 503 |
| Quadro 104 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| separadamente por Formação. | 504 |
| Quadro 105 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| de acordo com o Número de Anos de Prática Clínica. | 506 |
| Quadro 106 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| na Orientação Teórica Humanista. | 509 |
| Quadro 107 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| na Orientação Teórica Psicanalítica. | 510 |
| Quadro 108 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| na Orientação Teórica Cognitiva. | 511 |
| Quadro 109 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por psicopatologia | |
| na Orientação Teórica Comportamental. | 512 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 110 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Sistêmica. | 513 |
| Quadro 111 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Biológica. | 514 |
| Quadro 112 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica "Principal" (N=46). | 517 |
| Quadro 113 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica "Dominante" (N=41). | 518 |
| Quadro 114 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Biológica, classificada em duas categorias (N= 21). | 520 |
| Quadro 115 – (Quinto Estudo) Medidas Descritivas em relação aos Resultados das Identificações (de 1 - nenhuma relação a 5 - total relação) entre a Narrativa Protótipo da Agorafobia e as cinco Psicopatologias, segundo os clínicos. | 523 |
| Quadro 116 – (Quinto Estudo) Ordens Médias de Identificação da Narrativa Protótipo da Agorafobia com as diversas Psicopatologias e χ^2 de Friedman (N=51). | 524 |
| Quadro 117 – (Quinto Estudo) Comparação da classificação atribuída pelos clínicos entre os pares de Psicopatologias (Psic.) e Significância Estatística das respectivas diferenças com base na fórmula das comparações múltiplas em que se obteve o valor de 32.49 (N=51). | 525 |
| Quadro 118 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente em cada uma das quatro Narrativas Protótipo (NP). | 526 |
| Quadro 119 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo separadamente por Sexo, na amostra de clínicos. | 529 |
| Quadro 120 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo separadamente por Formação. | 530 |
| Quadro 121 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo de acordo com o Número de Anos de Prática Clínica. | 531 |
| Quadro 122 – (Quinto Estudo) Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Humanista. | 533 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 123 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Psicanalítica. | 534 |
| Quadro 124 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Cognitiva. | 535 |
| Quadro 125 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Comportamental. | 536 |
| Quadro 126 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Sistêmica. | 537 |
| Quadro 127 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Biológica. | 538 |
| Quadro 128 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica "Principal" (N=46). | 540 |
| Quadro 129 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica "Dominante" (N=41). | 541 |
| Quadro 130 – (Quinto Estudo) | |
| Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Biológica, classificada em duas categorias (N=21). | 543 |
| Quadro 131 – (Quinto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes os aspectos demográficos. | 545 |
| Quadro 132 – (Quinto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes as seis orientações teóricas. | 546 |
| Quadro 133 – (Quinto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes orientação teórica "dominante". | 547 |
| Quadro 134 – (Quinto Estudo) | |
| Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes aquelas que, até ao momento, se revelaram explicativas. | 548 |

Quadro 135 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 549

Quadro 136 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a narrativa protótipo da depressão, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 551

Quadro 137 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à psicopatologia agorafóbica com a narrativa protótipo da anorexia, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 552

Quadro 138 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a narrativa protótipo da agorafobia e a psicopatologia da depressão, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 553

Quadro 139 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à narrativa protótipo da agorafobia com a psicopatologia da toxicodependência, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 556

Quadro 140 – (Quinto Estudo)

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à narrativa protótipo da agorafobia com a psicopatologia da anorexia, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis. 558

Figura 1

Categorias hierárquicas (C.H.) e categorias emergentes (C.E.)
construídas a partir das narrativas pessoais significativas (*primeiro estudo*) 255

Figura 2

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da agorafobia (*terceiro estudo*) 381

Figura 3

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão (*quinto estudo*) 554

Figura 4

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a toxicodependência (*quinto estudo*) 557

Figura 5

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a anorexia (*quinto estudo*) 559

Figura 6

Síntese dos principais resultados nos cinco estudos (*conclusões*) 591

1. Introdução

A abordagem das narrativas na psicologia constituirá o enquadramento teórico específico da investigação empírica que nos propomos desenvolver neste estudo.

A psicologia, nas diversas "voltas" que dá ao seu objecto de estudo, clássica e amplamente definido como "o ser humano", ora para o descrever através do comportamento, ora para o interpretar através das invisíveis emoções e pensamentos, tenta agora construí-lo em termos da significação da experiência (cf. Bruner, 1990). Trata-se de um esforço de "olhar" não os comportamentos, nem através deles, mas mais directamente a trama narrativa que os sujeitos constróem. Corresponderá a um esforço de colocar o "objecto de estudo" no tempo e espaço conferindo-lhe uma tridimensionalidade, experiência, relação, narração. Estes três elementos são indissociáveis e interagem "heterarquicamente", garantindo a quarta dimensão que será a do ritmo/movimento do existir de cada pessoa.

Concebendo o "objecto de estudo" desta forma e considerando que corresponde ao "ser humano", não escapa à mesma realidade o sujeito "observador" que o tenta compreender. Com efeito, quebra-se o feitiço da observação *neutra*, para passar a assumir qualquer acto de construção de conhecimento em psicologia, como o resultado de um encontro entre sujeitos que criativamente co-constroem realidades para partilhar com

os demais (cf. Gergen, 1999).

Se o conhecimento é o resultado dessa construção de realidades, o instrumento que o produz é a linguagem, enquanto código partilhado por uma determinada comunidade conversacional, integrada num dado contexto histórico. A linguagem, por sua vez indissociável da cultura, constituirá o elemento central de organização de significados por parte do indivíduo. Uma vez mais, não a linguagem enquanto experiência de emissão de símbolos "soltos" desse código cultural, mas articulada em torno de uma matriz narrativa capaz de traduzir um sentido, simultaneamente idiossincrático e comunitário. Comunitário em virtude da sua génese sociocultural e do seu destinatário; idiossincrático na especificidade do experienciar que lhe subjaz, na singularidade do acto de narrar e na vivência em que projecta o seu autor.

Assim, podemos considerar que é a narrativa que nos constrói e que nos traduz. É dela que o sujeito depende para se lançar na sua autoria experiencial e será com ela que conta para dar um sentido de coerência integrativa àquilo que aconteceu. Necessariamente, construir a narrativa implica situar no espaço uma determinada experiência, através de uma espécie de imobilização no devir da multiplicidade de estimulação caótica que o sujeito continua perpetuamente a vivenciar (cf. Pio-Abreu, 2000). Esta "paragem artificial" no tempo surge, no discurso, compensada com a designação de um passado, presente e futuro. Esta trilogia, que constituiu no discurso uma espécie de equivalente do contínuo movimento do tempo, encontra-se na base de qualquer narração, concretizada no lema precocemente interiorizado de atribuir à narrativa um princípio, um meio e um fim. Efectivamente, é através destes três tempos que o narrador vai gerindo num ritmo e numa dinâmica própria o acto do narrar, expressando ao interlocutor, de onde veio, onde está e para onde irá. Torna-se assim muito transparente o ciclo entre autoria narrativa e autoria experiencial, infinitamente criativo na multivocalidade do contexto ecológico de cada um (cf. Gonçalves, 2000).

Assumindo o pressuposto de que a experiência, antes de ser narrada, é constituída por uma teia altamente complexa de elementos

discretos e aleatórios, fora do alcance da comunicabilidade, torna-se claro que será na vertente da narrativa que poderá incidir a construção do conhecimento. É o acontecimento narrativo que proporciona ao sujeito o conhecimento, enquanto realidades construídas sobre si e sobre o mundo, do mesmo modo que será através da análise da matriz narrativa que poderemos construir conhecimento sobre os processos de significação do outro.

Ao definirmos como "objecto de estudo" a narrativa (cf. Gonçalves, 1994a, 1998, 2000; Sarbin, 1986; Mandler, 1984; Angus, Hardtke, Levitt, 1996; White & Epston, 1990; Russell, 1991; Neimeyer & Mahoney, 1995; Neimeyer, 2000), evidencia-se o paradoxo de tal designação, uma vez que, mais do que objecto, ela é sujeito, instrumento e produto de relação em qualquer sistema comunicacional.

Considerando a actividade narrativa, inerente à existência humana, emerge o questionamento acerca das diferenças que apresentará em situações de psicopatologia.

Especificamente, a presente dissertação partiu do objectivo de entender como é que os significados são construídos na agorafobia. Tomando, metaforicamente, o ser humano como narrador (cf. Howard, 1991), procuramos interpretar esta actividade de significação através de narrativas pessoais significativas e questionamos de que forma é que elas convergem para uma narrativa protótipo dos sujeitos com agorafobia. Consideramos que nas narrativas ressaltam os sistemas interpretativos usados pelos sujeitos na função hermenêutica inerente à existência, pelo que utilizamos narrativas pessoais significativas para explorar a possibilidade de construir e validar narrativas protótipo na agorafobia.

A investigação que aqui se apresenta assenta num extensivo trabalho empírico. Pretende-se, não tanto validar hipóteses teóricas anteriormente colocadas mas, essencialmente, construir conhecimento a partir dos ensinamentos decorrentes da análise detalhada e sistematizada dos dados recolhidos. Os métodos utilizados na produção e tratamento da grande quantidade de informação disponível foram diversificados, investindo numa complementaridade entre processos

ideográficos e nomotéticos. Globalmente, diríamos que em termos metodológicos nos aproximamos de uma abordagem do tipo da *ground analysis*, partindo da investigação empírica para a sustentação de conclusões que nos ajudem a compreender o fenómeno em estudo, bem como a levantar um conjunto alargado de questões neste domínio.

Assim, o corpo substancial desta dissertação consiste na apresentação e discussão dos cinco estudos empíricos que desenvolvemos, constituindo a segunda parte deste trabalho. Cada um dos estudos é introduzido com uma explicitação dos objectivos específicos a que se destina, assim como do enquadramento da metodologia eleita para a sua concretização. Em seguida, faz-se referência ao método, em que se inclui a amostra de sujeitos que participou no estudo, os instrumentos que foram utilizados e o procedimento implementado. Segue-se a apresentação dos resultados, em que nos debruçaremos sobre a sua leitura, com comentários esporádicos, nos casos em que considerámos que iriam carecer de oportunidade no momento posterior de reflexão. A discussão sintetiza e problematiza os resultados antes descritos, terminando um estudo e enquadrando o seguinte, visto que constituem um conjunto de trabalhos interdependentes.

Na primeira parte da dissertação é feito um enquadramento teórico à investigação realizada, ao longo do qual faremos alusão a algumas teorias de significado e a modelos de conceptualização da agorafobia. Começaremos por situar o nosso objecto de estudo, enquanto construção de significados em sujeitos com perturbações emocionais, no âmbito da psicopatologia. Nesse primeiro ponto lançamos as duas temáticas centrais que irão enquadrar os nossos estudos empíricos e que consistem na questão da significação humana e na perturbação agorafóbica. A seguir, apresentamos alguns modelos psicológicos desenvolvidos no contexto do paradigma cognitivo e construtivista, por entendermos que se mostraram particularmente relevantes para a nossa conceptualização da agorafobia. A este nível, assumiremos como central a abordagem conceptualmente elaborada e compreensiva da psicopatologia proposta por Guidano, seguindo com uma breve referência aos contributos de outros

autores que nos permitem clarificar alguns aspectos focados na teoria inicial, e terminaremos com a especificidade de uma teoria narrativa sobre o tema. Num terceiro momento, aprofundaremos a questão da significação humana através da teoria narrativa, procurando explicitar a emergência da narrativa como metáfora, as suas características definidoras e a perspectiva que nos fornece em termos da psicopatologia.

A tese termina com uma terceira parte, de conclusões, onde propomos uma narrativa final, como síntese da teoria construída através dos vários estudos. Mais especificamente, são discutidos alguns resultados transversais aos vários estudos, salientados os aspectos que consideramos mais pertinentes da investigação e formuladas sete conclusões centrais acompanhadas de um conjunto de reflexões inspiradas na teoria. Faz-se, ainda, uma breve alusão às limitações que nos parecem mais relevantes no trabalho realizado e são avançadas sugestões para futura investigação, a partir dos resultados obtidos com este estudo.



P a r t e I

Enquadramento Teórico

Parte I

1. Psicopatologia e Significado

A procura do significado humano constitui o cerne do projecto fenomenológico de Husserl (citado por Paisana, 1992), cujos princípios Karl Jaspers (1959/1979) aplicou à compreensão das perturbações psicológicas, fundando a psicopatologia. Apesar das descrições dos transtornos psiquiátricos serem milenares, só no início deste século nasceu a psicopatologia enquanto ciência autónoma, dirigida ao conhecimento do homem e, especificamente, à caracterização e discriminação das diversas perturbações da mente.

Impondo a compreensão do homem como sujeito, a fenomenologia opunha-se ao primado das *coisas* defendido pelas correntes positivistas e inspirava a possibilidade de os indivíduos serem observados como sujeitos eles próprios de conhecimento, ideia tão bem transposta por Jaspers (1959/1979) para o mundo da psicopatologia. Husserl (citado por Paisana, 1992) e os seus seguidores, a partir do cogitum cartesiano, "penso e existo", salientaram que ao pensar, pensamos em alguma coisa que também existe, pelo que a sua existência deve ser considerada através do nosso pensamento, sugerindo como método de análise dos significados a utilização da redução fenomenológica que consiste, portanto, em colocar o mundo objectivo entre parêntesis para discernir antes a sua vivência. Assim, como sublinha Pio-Abreu (1984), "Para entender o doente (ou

outra pessoa) não importa tanto a realidade objectiva, as coisas em si que ele vive ou percebe, mas o modo como ele as vivencia, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo" (p.15).

Dessa vivência sobressai o movimento da intencionalidade que transcende o sujeito e o liga aos objectos, dotando-os de significado. A questão da intencionalidade tem raízes profundas e antigas em Aristóteles e Cícero, tendo sido retomado, no século dezanove, pelo psicólogo e filósofo alemão Franz Brentano. Segundo Brentano (citado por Paisana, 1992) a intencionalidade constitui o carácter específico dos fenómenos psicológicos.

Posteriormente, os fenomenologistas desenvolvem a noção brentaniana de intencionalidade, na sua característica genérica de que toda a consciência é consciência de alguma coisa e submetem-na a profundas alterações. Merleau Ponty (citado por Pio-Abreu, 1993) refere-a como o movimento do corpo para um objecto, ou a sua atitude na preparação de uma actividade, movimento este que não é necessariamente auto-consciente. Assim, a consciência dirige-se aos objectos, não de forma ingénua, mas intencionalmente, elegendo-os e atribuindo-lhes significações.

A intencionalidade passa a constituir uma noção central na construção do pensamento fenomenológico, realçando que o conhecimento é construído activamente a partir da experiência. Esta ideia irá influenciar a psicologia construtivista na concepção de uma dinâmica intencional e proactiva da organização cognitiva, aspecto fundamental dos modelos que mais tarde iremos abordar.

Na fenomenologia Husserliana o conhecimento ou experiência intuitiva são subordinados a uma estrutura da significação que, embora abrindo as portas à hermenêutica, se mantém a um nível do pensamento representativo e encerrado na subjectividade, dado que Husserl (citado por Paisana, 1992) tacitamente considera o ser como ser-objecto. Afirma-se, assim, como uma fenomenologia explicitativa que toma o fenómeno como objecto e que rejeita o nível hermenêutico. Este é, mais tarde, valorizado por Heidegger (citado por Paisana, 1992) e adquire importantes

repercussões em correntes actuais da psicologia cognitiva, especificamente a narrativa.

Heidegger , embora influenciado pelo pensamento Husserliano, demarca-se irreconciliavelmente deste autor, considerando a significação uma estrutura de interpretação e fundamentando, assim, uma fenomenologia hermenêutica. Contrariamente a Husserl , que considerava uma estrutura comum ao acto predicativo e ante-predicativo, Heidegger (citado por Paisana, 1992) distingue a estrutura ante-predicativa e pré-objectiva, a qual designa por hermenêutica, da estrutura predicativa e objectivante, apofântica. Esta última funda-se sobre a primeira, o que implica que a significabilidade originária seria pré-objectiva e hermenêutica. Trata-se de um significar compreensivo, emergente no mundo circundante e no mundo em totalidade (não se dirigindo nem à singularidade, nem a conceitos gerais).. Assim e seguindo Paisana (1992):

É mesmo esta significabilidade que se encontra na origem do enunciado enquanto manifestação da significação. O enunciado enquanto manifestação do discurso, tem pois a estrutura da significação compreensiva, ele surge assim enquanto modo derivado da interpretação. (p.132)

A fenomenologia hermenêutica, enquanto método da ontologia, caracteriza-se por não ter objecto material e o seu âmbito determina-se pelo questionar. Segundo Heidegger (citado por Paisana, 1992) interpretar consiste em "compreender o ente a partir das suas possibilidades de ser, isto é, desenvolver as possibilidades de ser projectadas pela compreensão" (p.322). Na hermenêutica contemporânea interpretar já não é, como para a hermenêutica romântica, o reproduzir pela congenialidade o acto de criação, mas envolve a compreensão da tradição filosófica como resposta finita, transcendida pela questão subjacente, à abertura de possibilidades no mundo histórico.

Estas diferentes perspectivas fenomenológicas, explicitativa e hermenêutica, permitem-nos situar mais claramente a postura dos primeiros psicopatologistas descritivos e explicitativos e sua influência,

mas também “transcendência”, nos modelos construtivistas actuais, mais especificamente, numa espécie de “revolução hermenêutica”, que segundo Mahoney (1991) é a quarta revolução que se adivinha na epistemologia moderna. Na medida em que constituirá o contexto de desenvolvimento da nossa investigação, voltaremos posteriormente a abordar a questão da hermenêutica e da narrativa.

Voltando à análise psicopatológica proposta por Jaspers (1959/1979), num quadro da fenomenologia descritiva-explicitativa e intuitiva, conhecer a vivência do outro, implica intersubjectividade. Como ilustra Pio-Abreu (1990) “um homem não pode observar o outro sem se observar a si próprio, como se um vidro espelhado se colocasse entre si e o outro” (p.83). Torna-se assim inevitável o recurso à subjectividade e à especulação arbitrária, bem como a necessidade de empatia e compreensão, conceito com que Jaspers (ibidem) fundamenta a psicopatologia descritiva e define como “intuição do psíquico adquirida por dentro [pelo interior do psíquico]” (Jaspers, 1959/1979, p.42). Para compreender é preciso co-experienciar, actualizar as vivências do outro dentro de nós, numa permanente co-construção. O autor aceita que aquilo que se compreende também se pode explicar, na sua concepção de explicação através de algo extrínseco como uma teoria ou modelo criado cientificamente. Assim, a psicopatologia descritiva fenomenológica permite descrever e analisar os estados de espírito e as suas patologias, tornando-se prévia a uma futura explicação. Passaremos a abordar a patologia agorafóbica, enquanto objecto de estudo específico deste trabalho.

A agorafobia¹ foi apresentada por Westphal em 1872 e consiste, resumidamente, no medo de estar em situações das quais a saída seja impossível ou embaraçosa, enquadrando-se nas desordens de ansiedade,

¹ *agorafobia*: termo que significa literalmente “medo do mercado” e que foi introduzido por Westphal em 1872 para descrever os seguintes sintomas: “...impossibility of walking through certain streets or squares, a possibility of doing so only with the resultant dread of anxiety...agony was much increased in those hours when the particular streets dreaded were deserted and the shops closed. The patients experienced great comfort from the companionship of men, or even an inanimate object like a vehicle or a cane” (Westphal citado por Beck, 1976, p.169).

sintomatologia desde há muito estudada no âmbito da psicopatologia. Contudo, difícil de delimitar no mundo dos síndromes ansiosos, a agorafobia tem sido inserida na vasta gama das fobias².

Na obra de Jaspers, encontramos uma breve referência às fobias, enquadradas nos fenómenos reflexivos compulsivos, e exemplificadas com a agorafobia, enquanto medo de espaços fechados e de atravessar uma praça. O autor ilustra a agorafobia com a seguinte descrição clínica, em que se sobrepõem sintomas de pânico:

Quando o paciente deve atravessar uma praça ou se encontra numa rua deserta diante de fachadas altas e largas, apossa-se dele um enorme sentimento de medo de morrer, ligado a um tremor generalizado, pressão no peito, palpitações, sensações de calafrio ou de calor que sobe para a cabeça, transpiração, sensação de estar preso ao solo ou de fraqueza das extremidades, com medo de cair. (Jaspers, 1959/1979, p.165)

Percorrendo outros psicopatologistas, verifica-se que as fobias, não sendo focadas em Snheider (1963) ou Paím (1969), surgem em Cabalero Goas (1966) como mais uma das manifestações da obsessão. Segundo este autor trata-se de:

manifestações obsessivas que surgem como mecanismos de defesa do eu face à angústia vital, que se expressam por um sentimento compulsivo perante a presença de objectos ou situações eleitas para tal fim pela personalidade; que se repetem quantas vezes se encontrar o homem confrontado com esses objectos ou situações e que são vivenciados como um temor ou medo angustiante, aversão ou repulsão, a que se associa um agudo sentimento de responsabilidade experimentada no plano da culpabilidade do homem que as padece. (Goas, 1966, p.951).

² *fobia*: termo que deriva do grego "phobos" e significa "flight" (vôo/fuga), que por sua vez deriva do nome de um Deus "Phobos", que provocava medo e pânico nos seus inimigos. O primeiro escrito acerca de fobias data do século treze e foi da autoria de filósofos, só tendo passado a incluir-se na literatura psiquiátrica a partir do século dezanove. Curiosamente as suas descrições não têm sofrido grandes alterações, ao longo do tempo (Beck & Emery, 1985).

Citado por Goas (1966), que vai acompanhando a sua explicação das fobias com as interpretações sugeridas pela psicanálise, Stekel refere que subjacente às fobias existe sempre um transtorno afectivo e que "jamais se trata de uma luta entre duas ideias, mas sim de uma luta entre dois sentimentos... em que a fobia é um compromisso nessa luta. Representa um armistício imposto, graças à angústia." (p.946).

Contudo, não encontramos nestes autores um grande desenvolvimento do tema em estudo, o que se prende com o facto de se ocuparem mais, segundo Pio-Abreu (1994 b), com o estudo de fenómenos psicóticos do que das patologias mais frequentes como as neuroses e as perturbações da personalidade.. No entanto, veremos a seguir como outros contributos teóricos foram utilizados para equacionar uma abordagem compreensiva da agorafobia.

Na segunda metade deste século, o realismo crítico de Karl Popper (1992), que vem pôr "ordem nas coisas" (Pio-Abreu, 1995), emerge no domínio da epistemologia, produzindo um importante impacto na psicopatologia e nas correntes cognitivas construtivistas.

O dualismo cartesiano encontra finalmente alternativa na distinção de três tipos de mundos introduzida por Popper (1992). Entre o *Mundo 1* das coisas materiais e dos fenómenos físicos e o *Mundo 3* das teorias e outros produtos humanos, o autor coloca o *Mundo 2* que define como "o mundo psicológico (...) o mundo dos sentimentos de medo e de esperança, das disposições para agir e de todas as espécies de experiências subjectivas" (Popper, 1992, p.116). Este trialismo permite, segundo Pio-Abreu (1993), uma clarificação do objecto da psicopatologia, tornando-o finalmente acessível à investigação. O papel do mundo 2 fica claramente evidenciado:

Entre a matéria que habita o espaço e a cultura que se define na partilha interpessoal, falta uma palavra sobre a temporalidade de cada sujeito, o mundo 2 entrevisto por Popper. É nesta dimensão, suponho, que se poderão explicar os conceitos fenomenológicos (...). (Pio-Abreu, 1994 a, p.5)

Pio-Abreu (1995) propõe incluir no mundo 2 a energia e que este seja "o mundo dos sistemas funcionais e comportamentais, como as dinâmicas dos fluxos, os sistemas económicos e as personalidades" (p.3). Entretanto, Gonçalves (1995c) defende que estes sistemas pertencem antes ao mundo 3, na medida em que constituem auto-produções humanas resultantes da interacção entre os outros dois mundos, fornecendo o seu estudo uma alternativa hermenêutica, centrada nos processos de criação de significados. Pio-Abreu (ibidem) destaca na concepção do mundo 2 o comportamento, enquanto uma dinâmica que se produz no tempo; especificamente, considera que o "espírito" é constituído por estados (tristeza, alegria, desejo, medo, expectativa, curiosidade, desespero, satisfação) e a interacção de um estado de espírito com um estímulo ambiental produz um acontecimento e com ele a passagem de um estado para o outro, gerando uma sucessão de estados que constitui o comportamento. Segundo o mesmo autor, o comportamento pode ser automático ou reflectido, correspondendo a formas de pensamento distintas. O conhecimento automático, irreflectido, analógico, contínuo, inconsciente, intuitivo passa-se exclusivamente no mundo 2, enquanto que o pensamento reflexivo e lógico implica um acesso ao mundo 3, pois supõe uma história cultural, filogenética e ontogenética de significados e teorias e construção de uma personalidade centrada no modelo de si-próprio. A articulação entre os três mundos é claramente explicitada por Pio-Abreu (1995) na seguinte citação:

Existe pois, no homem, um espaço interior, privado, onde se depositam e guardam os resultados do nosso pensamento, para que possamos reusá-los e reflectir. (...) É um mundo material que, tal como a folha de papel desenhado ou um livro escrito pertence ao mundo 1. Mas esta matéria é permanentemente in-formada por signos significativos que formam modelos da realidade; enquanto signos, significantes-significados, eles pertencem ao mundo 3 mas não ainda ao espírito, porque são apenas o seu produto. A actividade do espírito é por eles influenciada mas, em si, mantem-se noutro mundo, no mundo do tempo e dos estados sucessivos, no mundo 2 de Popper. (p.49)

A propósito, e num confronto com a hermenêutica contemporânea de importância preponderante nas correntes construtivistas da psicologia que enquadram o nosso estudo, esta dinâmica entre os três mundos clarifica a alternativa hermenêutica às dicotomias entre narrativa e narrador, escritor e leitor. O mundo 3 baseia-se na linguagem e deriva da interacção entre a objectividade do mundo 1 e a subjectividade do mundo 2. Assim, a construção da realidade através do acto de narrar resulta da interacção entre os três mundos em que o ser humano, de acordo com Gonçalves (1995), à medida que cria, cria-se a si próprio.

No âmbito de uma análise fenomenológica compreensiva, Pio-Abreu propõe um agrupamento e definição das vivências psicopatológicas de acordo com as várias modalidades de comunicação, sugerindo o enquadramento das fobias na perspectiva do sujeito enquanto "sujeito de intenções viradas para o mundo" (Pio-Abreu, 1994, p.12). As inclinações do sujeito para os objectos referem-se ao movimento de um sujeito para os objectos do mundo, o que corresponde à intenção, à qual estão subjacentes os impulsos, a vontade e os sentimentos. Adoptando o uso psicopatológico diferenciado dos termos sentimentos, humor, afecto, e emoções, é ao nível das emoções perturbadas que são descritas as fobias. As emoções caracterizam-se por se sucederem, geralmente, a acontecimentos com forte significado, relacionando-se com a situação presente ou futura. A ressonância emocional inscrita no corpo enriquece a sensação, a percepção e a representação, atribuindo sentido (uma nova e mágica intencionalidade) aos laços entre o indivíduo e o universo.

Nas fobias ocorrem emoções de medo irracional, que chegam ao pânico e os objectos que despertaram tais emoções tendem a ser evitados pela consciência, sendo esta fuga que entretem os medos irracionais, especificamente de espaços abertos, no caso da agorafobia (Pio-Abreu, 1994 b). O estado de medo caracteriza-se pela antecipação de uma ameaça em que se centra toda a actividade perceptivo-cognitiva e, simultaneamente, o organismo entra em alerta autónomo, preparando-se como que para uma fuga automática no momento de encontro com o indício procurado. A antecipação da ameaça de desintegração, referida

pelos pacientes como o medo de cair, constitui o núcleo da agorafobia, segundo os resultados de um estudo realizado por Pio-Abreu e Ramalheira (1993) sobre os medos de um grupo de 32 doentes com ataques de pânico. Os resultados do mesmo estudo mostram ainda, que os evitamentos agorafóbicos se correlacionam significativamente com o medo da morte e da doença, bem como da sufocação.

As reacções fóbicas "são situações reversíveis que não afectam o núcleo da personalidade, como se a ela se mantivessem periféricas: é neste sentido que falamos de neuroses e reacções neuróticas, numa analogia com os nervos periféricos" (Pio-Abreu, 1994 b, p.183). A compreensão dos desenvolvimentos neuróticos assenta nos círculos retroactivos engendrados pelo comportamento neurótico, em que se salienta um mecanismo de fuga às dificuldades, o qual contribui para avolumar e generalizar, obrigando o indivíduo a fugir de novo. Assim, os sujeitos com agorafobia vão-se, progressivamente, auto-limitando e perdendo a autonomia, bem como a auto-confiança e a imagem que possuíam de si próprios. A agorafobia obriga então, o indivíduo a restringir o seu território, denunciando-se como uma limitação à liberdade desejada mas temida.

No domínio da psicopatologia não encontramos apenas descrições fenomenológicas, mas também outro tipo de trabalhos centrados na divulgação de glossários consensuais sobre o diagnóstico das desordens psicológicas. Apesar dessas classificações nosológicas não contribuírem directamente para a compreensão do significado das perturbações a que se referem, neste caso da agorafobia não podemos ignorar a sua importância na identificação que se pretende "universalmente" reconhecida de uma determinada perturbação, o que é fundamental para a investigação.

As classificações que recebem maior unanimidade e a que, geralmente, recorrem os investigadores são a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM] (APA, 1987/1989; 1994/1996), a qual

será também por nós adoptada neste trabalho, e a *Classification of Mental and Behavioural Disorders* [ICD] (WHO, 1982). A DSM fornece, então, uma conjugação de sintomas que servem de base para a classificação nosológica da agorafobia como entidade clínica autónoma, enquadrada nas perturbações de ansiedade, cujas características essenciais são sintomas de ansiedade e comportamentos de evitamento. A agorafobia é definida neste glossário como o medo de estar em lugares ou situações cuja saída seria difícil (ou embaraçosa) ou nas quais a ajuda poderia não estar disponível. Como resultado deste medo, e no caso da pessoa não tolerar a ansiedade das situações de agorafobia, restringe as deslocações ou precisa de uma companhia para sair de casa, sendo exemplo de situações agorafóbicas comuns estar sozinho fora de casa, estar numa multidão, permanecer numa fila, estar numa ponte e viajar de autocarro, comboio ou automóvel (APA, 1987/1989; 1994/1996). São diferenciados dois tipos de situações agorafóbicas: agorafobia sem história de perturbação de pânico e perturbação de pânico com agorafobia (aliás, segundo Quartilho (1989), muitas das perturbações de pânico evoluem para síndromes agorafóbicas). Neste trabalho serão consideradas ambas as situações, cujos critérios de diagnóstico específicos se podem consultar no Anexo 1.

No que diz respeito à epidemiologia, estudos recentes (APA, 1994/1996) indicam que as perturbações de ansiedade são as mais frequentemente encontradas na população geral, com particular incidência entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com cada uma destas perturbações. Especificamente quanto à agorafobia, e segundo a DSM III-R e IV (APA, 1987/1989; 1994/1996), a prevalência da agorafobia sem história de perturbação de pânico em amostra clínicas é rara, sendo mais comum na população geral. Já a perturbação de pânico com agorafobia é comum (e mais frequente do que a perturbação de pânico sem agorafobia). Em ambos os casos a perturbação é mais comumente diagnosticada nas mulheres do que nos homens (a perturbação de pânico com agorafobia é cerca de duas vezes mais) e surge na idade dos vinte

ou trinta, com tendência a persistir durante anos (ibidem).

Aparece referida por Frampton (1990) uma estimativa de oito a dez sujeitos com agorafobia em mil pessoas da população geral de Inglaterra e de cerca de 50% dos fóbicos sofrerem também de agorafobia, registando-se uma incidência crescente nos últimos anos. Este aumento poderá estar relacionado, segundo o autor, por um lado, com o facto de só agora a agorafobia ser publicamente reconhecida como uma perturbação e com possibilidades de tratamento, levando as pessoas a recorrerem com mais frequência a ajuda especializada e, por outro lado, com o aumento dos sintomas de tensão nervosa numa cultura em que as pessoas se inibem de demonstrar as emoções em público, incrementando nos sujeitos com agorafobia o receio de ter sintomatologia "fora de casa".

A importância de informações epidemiológicas na área da psicopatologia é claramente fundamentada pela estimativa, em 1984, de uma prevalência média das perturbações psiquiátricas em 15 a 20% da população geral e sua frequente responsabilidade em fenómenos como o absentismo e acidentes violentos ou letais (Pio-Abreu, 1984).

No quadro dos modelos interpretacionistas da Psicologia, a agorafobia tem sido alvo de várias explicações, algumas das quais no domínio cognitivista, construtivista e narrativo a que passaremos a fazer referência no ponto que se segue.

2. Significado e Agorafobia

Um outro movimento em busca do significado, ecoa na psicologia em meados do século com a "Revolução Cognitiva". Tratava-se, na opinião de Bruner (1990) de exorcisar o objectivismo reinante nas últimas décadas, substituindo o comportamentalismo, por uma psicologia centrada, primeiro na "mente" e depois na experiência ecologicamente situada, enquanto construtora de significados.

Na tentativa de abordar esta questão, numerosas teorias e modelos foram sendo elaborados, ao longo de linhas conceptuais distintas como o processamento de informação, o connexionismo (e neoconnexionismo), o construtivismo e a hermenêutica, sendo estas duas consideradas similares por alguns autores (Mahoney, 1992) e o construcionismo social.

No contexto da psicologia da personalidade e clínica, assiste-se, numa primeira fase, ao reconhecimento do papel fundamental dos processos de mediação cognitiva no comportamento, bem como da organização destes processos em hierarquias múltiplas, funcionando em circuitos paralelos e interconectados, em que os níveis centrais operam de forma tácita e determinam o que acontece a níveis mais superficiais e periféricos. Entretanto, sobressai a polémica acerca do conteúdo dessas representações, o qual para os autores adeptos do paradigma racionalista

é constituído por um algoritmo computacional de símbolos abstractos, enquanto que para os defensores do paradigma narrativo, os pensamentos são essencialmente metafóricos e imaginativos (Lakoff & Johnson 1980). Posteriormente é também questionada essa análise representacionista, excessivamente individualista, anti-histórico-cultural e confrontada com alternativas mais contextualistas de negociação interpessoal da significação. Neste sentido, tem sido promovido o interesse pela teoria e investigação sobre a construção de significados em diferentes organizações psicopatológicas.

Especificamente, a agorafobia tem sido alvo de progressivas conceptualizações. Muito globalmente, e de acordo com a panorâmica proposta por Gonçalves et al. (1992), verificamos que enquanto alguns autores cognitivos atribuem particular ênfase a uma organização cognitiva com percepções inadequadas da auto-eficácia (e.g., Bandura, 1986 a, 1986 b; Bandura, Reese & Adams, 1982; Williams, 1987), outros autores apelam para o papel nuclear dos esquemas emocionais conjuntamente com a rede de estímulos, respostas e significados (e.g., Barlow, 1988; Foa & Kosak, 1986; Lang 1984; Rachman, 1980), outros ainda salientam o papel central do esquema (*Schemata*) de perigo e ameaça (e.g., Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1987, Beck & Clark, 1988; Beck & Emery, 1985; Hibbert, 1984; Mathews & MacLeod, 1987) e, finalmente conceptualizações mais recentes referem-se a uma organização analógica com construções ambivalentes relativamente aos termos da constrição e liberdade (e.g., Lorenzini & Sassaroli, 1987; Guidano, 1987; 1988; 1991; Guidano & Liotti, 1983, 1985; Liotti, 1986, 1987), bem como a uma perturbação da comunicação dominada pelo paradoxo do descontrolo do próprio constituir o controlo e o poder sobre os outros no contexto de dificuldades acentuadas nas relações interpessoais (Capps e Ochs, 1995).

Entre estas abordagens, optamos por eleger uma delas como central para a apreensão teórica da agorafobia, sem a pretensão de fornecer uma revisão bibliográfica exaustiva sobre o tema mas, antes, apresentar uma síntese de alguns conhecimentos neste domínio.

O modelo conceptual da psicopatologia apresentado por Guidano, constitui o referencial teórico fundamental do nosso conhecimento sobre a perturbação em estudo. Traçamos esta opção na mesma linha em que Rosen afirma que "Guidano's systems/process-oriented paradigm offers the most comprehensive and systematic contemporary constructivist approach to psychopathology and psychotherapy available" (Rosen, 1996, p.12). Nomeadamente, a perspectiva fornecida por Guidano enquadra diversos aspectos focados por outros autores construtivistas e cognitivistas.

Neste sentido, começaremos por apresentar com algum detalhe este modelo e, em seguida, faremos uma referência mais breve a outros autores, com o objectivo de explicitar alguns dos aspectos já focados na teoria inicial e de salientar contributos específicos que se têm destacado neste domínio. Nesta perspectiva, faremos referência às propostas de Lorenzini e Sassaroli, Mathews e Macleod, Beck, Bandura e Capps e Ochs, introduzindo cada uma das abordagens com o contexto teórico específico e os conceitos fundamentais do modelo em que se insere.

2.1 A Teoria de Guidano e a Agorafobia

Tendo em consideração que este modelo surgiu sob égide do construtivismo, comecemos por lhe fazer uma breve referência. Como resultado de diversas inovações científicas, um dos movimentos mais recentes na psicologia cognitiva procura reassumir uma abordagem mais interpretativa da cognição, criando uma ciência centrada no conceito de significado e dos processos pelos quais os significados são construídos, criados e negociados, numa comunidade.

O significado deixa de residir no estímulo, na sua representação ou na interacção entre o estímulo e o contexto, emergindo a metateoria do *contratualismo*, como refere Mahoney (1991). Esta teoria do significado inspira-se na teoria contextualista que defende que o significado depende do contexto e acrescenta a concepção de que o indivíduo é activamente envolvido na construção e mudança dos "contratos" em relação aos contextos. Assim o indivíduo é considerado um participante activo no processo de experientiação e modificação do significado. A alteração de significações deriva de mudanças activas nos processos de "negociação", predominantemente tácitos. O significado deixa de estar contido em algo, para reflectir a relação contínua entre o indivíduo e o seu contexto de vida.

Trata-se da mudança do modelo do processamento de informação para um modelo epistémico (Gonçalves, 1990, p.4). O mundo exterior é concebido como configurando múltiplas possibilidades, as quais só adquirem forma através de processos de construção do conhecimento. Assim, múltiplas construções do conhecimento são possíveis e conhecer é construir versões múltiplas do que é sempre uma realidade pessoal, vendo-se assim substituídas as noções de verdade e validade, pelas de plausibilidade e viabilidade idiossincrática do significado.

Nesta perspectiva construtivista, a percepção, a aprendizagem e o conhecimento têm uma natureza activa e proactiva, implicando da parte do indivíduo uma construção antecipatória e projecção da realidade. Na participação proactiva do indivíduo no processo de conhecimento e experiência humana, subentende-se a importância da acção, imanente ao conceito de cognição humana, como um sistema basicamente motor e já não sensorial. Segundo Mahoney (1991) a aprendizagem, o conhecimento e a memória são fenómenos que reflectem a tentativa contínua do corpo e do cérebro para organizar e reorganizar os seus próprios padrões de acção e experiência, constituindo cada pessoa o ponto de referência central de todas as suas experiências e esforços de sobrevivência. O construtivismo propõe, então, a actividade auto-organizadora intrínseca como ponto fundamental de todos os processos de conhecimento, de forma que a mente humana é considerada, não um armazém de representações, mas um sistema orgânico de actividades auto-referenciadas.

Esta epistemologia, ao assumir uma integração holística de pensamentos, sentimentos e acções, permite transcender as tradicionais dicotomias ontológicas e epistemológicas, como sejam a separação entre conteúdo e processo de conhecimento, entre "entradas" sensoriais e respostas comportamentais, entre realidade objectiva e subjectiva, oferecendo uma alternativa não-realista e não-representacionista do conhecimento.

Com base nesta concepção alternativa do conhecimento e da

realidade que acabamos de focar nos seus principais aspectos, o construtivismo propõe um conjunto de pressupostos relativamente à organização cognitiva que contrastam com a perspectiva realista das abordagens racionalistas. De acordo com uma abordagem pós-racionalista e construtivista, a organização cognitiva caracteriza-se por uma estrutura múltipla (em vez de linear), uma natureza holística e inconsciente (e não consciente), um conteúdo metafórico e narrativo (em vez de paradigmático) e uma dinâmica proactiva e intencional (em vez de retroactiva).

Em suma, o comportamento é conceptualizado numa perspectiva essencialmente experiencial e o conhecimento como construção do sujeito em interacção com a realidade interpessoal, reflectindo a sua própria organização da realidade e da identidade. Trata-se de compreender o funcionamento do indivíduo em termos de uma complexidade que representa, nas palavras de Guidano (1987) "an approach that not only takes into account the multiplicity of levels of analysis with a complex unit but also attempts to grasp the network of reciprocal intercorrelations underlying its wholeness" (p.X).

Trata-se de uma abordagem orientada para o processo na análise dos sistemas complexos que, segundo Guidano (1988), salienta a concepção dos sistemas vivos como auto-poiéticos, cuja especificidade são as capacidades de auto-organização, que tem subjacente a propriedade de autonomia, definida em termos de auto-referência. A individualidade e unicidade assim garantidas tornam emergente o processo de identidade nestes sistemas. O sistema de conhecimento humano caracteriza-se, como referimos a propósito da ênfase das perspectivas construtivistas, nas teorias motoras humanas das mente, pela capacidade de construir modelos de si e do mundo capazes de organizar e regular a realidade. A importância atribuída à história desenvolvimental constitui o "ponto de transição" (Gonçalves, 1989) do paradigma construtivista para o paradigma do construtivismo desenvolvimental, em que se insere o modelo de Guidano e Liotti (1983, 1985).

Guidano e Liotti (1983) e Guidano (1987, 1991) propõem um modelo compreensivo dos processos de conhecimento humano e uma nova organização da psicopatologia, da qual passamos a destacar os aspectos fundamentais, abordando a conceptualização que estes autores apresentam sobre a organização cognitiva e os aspectos desenvolvimentais envolvidos no caso particular da agorafobia.

Guidano (1993, Junho) defende que a realidade é vista como um processo multiforme contemplando diversos níveis de complexidade e decorrendo como um fluído contínuo que adquire ordem a partir do observador. Assim, não existe uma realidade independentemente do homem, mas algo que coexiste com cada um, através da construção da sua experiência. Ou seja, existe uma realidade mas que apreendemos através da nossa ordem, sabendo-se que as nossas teorias de causalidade dependem das capacidades perceptivas que definem a nossa "momentaneidade". Nesta perspectiva os problemas de um cliente devem ser referenciados a ele e não a uma realidade externa uniformizada.

O desenvolvimento do conhecimento é visto por Guidano (1988) como uma construção progressiva, influenciada desde o início pelas capacidades de auto-organização do processamento mental humano. Progressivamente emerge a estrutura de auto-conhecimento que constituirá um elemento de integração de todo o processo, na medida em que "learning to be a self" (Popper & Eccles citados por Guidano & Liotti, 1985) representa o processo básico através do qual um organismo humano aprende a reconhecer-se a si próprio e unifica o conhecimento acerca de si numa estrutura de identidade, a qual coloca no centro de todo o seu conhecimento. Assim, a elaboração de um sentido de identidade pessoal e o sentimento de individualidade e continuidade histórica que proporciona, constituem a marca do sistema de conhecimento humano. Os mecanismos de identidade estão entrelaçados com os mecanismos de conhecimento e esta interdependência revela-se ao longo do desenvolvimento individual, por uma construção progressiva de estruturas de identidade a par de uma crescente complexificação e integração dos níveis de conhecimento.

O conhecimento supõe a intersubjectividade, a qual significa em si uma relação de conhecimento. Assim, o conhecimento é visto, não só como experiência de tipo proposicional, mas como uma forma de sentir-se e de sentir o que os outros manifestam. Não é só uma questão de adaptação física ao meio externo, mas há também uma adaptação à interacção. A criança aprende a conhecer explorando e interagindo activamente com o seu meio ambiente, no qual as pessoas são, sem dúvida, o elemento mais importante. É através do "looking-glass effect" (Popper & Eccles citados por Guidano & Liotti, 1985) que a criança, vendo o seu impacto nos outros, toma consciência de si própria, o que realça o papel crucial do domínio interpessoal e relacional no desenvolvimento do auto-conhecimento. Emerge, assim, a pertinência do conceito de vinculação (Bowlby, 1993) enquanto construto organizador e com poder integrativo.

Ao longo do desenvolvimento os padrões de vinculação mudam, através de séries progressivas de transformações qualitativas, da labilidade das características da primeira infância, para a estabilidade e a emergência de uma identidade na adolescência e juventude. Os processos de identificação inerentes aos padrões de vinculação, consistem numa grelha unitária, através da qual um conjunto de aspectos cruciais se torna disponível para a criança modelar os seus sentimentos difusos, num esquema emocional conjunto, responsável pelo significado atribuído à experiência.

O ser humano tem uma representação mais completa do que a da experiência imediata, representação esta que é a linguagem. A linguagem adquire assim uma dimensão dupla que é a experiência imediata de nós mesmos e a representação da experiência enquanto imagem de nós mesmos, permitindo assim projectar a experiência num mundo semântico. Distinguem-se então, dois níveis de experiências, a imediata e a explicativa. A experiência imediata - "the acting and experiencing I", segundo Guidano (1991) - decorre da experiência emocional, a qual se organiza em torno de esquemas emocionais protótipo. Toda a gama emocional, que se pode ter, resume-se em sentimentos

base que radicam no mundo do inter-subjectivo da vinculação/separação. Os dois grandes modeladores da vinculação são o medo e a raiva, o medo no sentido de intensificar a vinculação dado que implica a aproximação e a raiva no sentido em que promove a direcção contrária, implicando a exploração exterior. Depois, a um outro nível temos a experiência explicativa - "the observing and evaluating Me " segundo Guidano (1991) - que acompanhando o desenvolvimento do conhecimento tácito, se situa a um nível observacional ou avaliativo procurando explicar a experiência imediata, ou seja, faz à posteriori e de forma autoreferenciada a reorganização conceptual das experiências emocionais.

A circularidade entre os dois níveis de conhecimento (*I* e *Me*) faz então emergir a consciência de si próprio, denunciando a especificidade do ser humano, enquanto ser vivo, para o qual a existência implica uma justificação e explicação. Para o ser humano, existir não é só conhecer, mas conhecer com significado (1993 Junho), numa atitude de constante busca de significados. Em consequência, submerge a necessidade de identificar as regras sintáticas profundas (*I*) capazes de gerar um leque consistente de representações semânticas (*Me*), sendo que a forma consciente mais directa de exprimir a experiência imediata é a narrativa, na qual se contam as interpretações ordenadas segundo um significado. Neste sentido, o desenvolvimento da relação entre *I* e *Me* ao longo do tempo conduzirá à criação de uma estrutura de significado próprio.

Guidano (1991) introduz então a noção de "organização de significado pessoal" (*personal meaning organization*) - antes referida como organização cognitiva pessoal (Guidano, 1987) -, através da qual explicita a concepção da organização do conhecimento como um processo de construção de significados. Este processo é, como já referimos, auto-referente e gera uma organização pessoal de significado, cuja especificidade assenta nas propriedades formais e estruturais do processamento do conhecimento e não no conteúdo específico desse conhecimento. Guidano considera que o *significado pessoal* é o sentido de si mesmo, enquanto fluído contínuo de estados internos.

O sistema de conhecimento pessoal constitui uma organização auto-reguladora dos processos de significado pessoais, tornando possível identificar diferentes categorias básicas de organizações de significado pessoal. Guidano (1987, 1991, Guidano & Liotti, 1983) distingue quatro itinerários de desenvolvimento diferentes, subjacentes às quatro seguintes organizações de significado: a depressiva, a obsessiva, as desordens alimentares e a fóbica. Nesta última, como veremos a seguir por ser aquela que mais nos interessa, a dimensão central é o medo por impedimento precoce dos movimentos de separação e exploração do mundo (1993 Junho). Cada uma daquelas quatro organizações corresponde, portanto, a um conjunto de cenas nucleares desenvolvidas precocemente, as quais deram origem a categorias básicas de significado pessoal que, através da abstração reflexiva da adolescência, revelam uma estruturação da realidade que produz uma perspectiva confirmadora da avaliação já existente de si e do mundo.

As organizações de significado não são um produto acabado, mas sistemas abertos que se regem pelo princípio que Guidano (1988) designa por "ordem através de flutuações" (*order through fluctuations*), através do qual os padrões superiormente ordenados resultam da assimilação de desequilíbrios, ou seja, flutuações derivadas da interação do sujeito com o meio. As "flutuações" ao longo do ciclo vital exercem pressões que desafiam a capacidade de integração do *self*, provocando mudanças variáveis de acordo com a qualidade e intensidade dessas pressões. Para o indivíduo proporcionar um grau consistente de modificação do *self* e da realidade, tem que elaborar uma auto-imagem alternativa, sem experienciar rupturas no seu sentido subjectivo de continuidade. A manutenção e a mudança surgem, assim, como processos não opostos, mas que se inter cruzam e sobrepõem na evolução do conhecimento, sendo que na manutenção os processos são contínuos, enquanto que na mudança são descontínuos na sua ocorrência.

As mudanças podem ser superficiais ou profundas. As mudanças são superficiais quando a oscilação se enquadra no leque de estabilidade, exigindo apenas uma reorganização dos modelos da realidade, sem

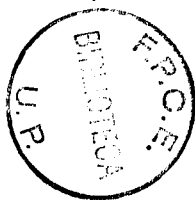
qualquer mudança significativa na identidade consciente, constituindo uma expressão do grau de flexibilidade e plasticidade da organização de conhecimento individual. Entretanto, se a oscilação requer a reconstrução de regras profundas emergentes do auto-conhecimento tácito, resultam mudanças nos padrões da atitude do indivíduo em relação a si próprio, tratando-se de processos de mudança profundos que podem ocorrer de forma progressiva ou regressiva. A mudança é progressiva quando os padrões de auto-consciência determinam possibilidades de processamento que se adequam aos desafios, permitindo ascender a uma meta-nível de representação do conhecimento e, em consequência, a uma identidade pessoal mais integrada; a mudança é regressiva quando os padrões não permitem a conversão das pressões desafiantes em processos de crenças e pensamentos, provocando um bloqueio na assimilação de novas experiências e, em consequência, a emergência de disfunções psicológicas. A desordem psicológica é então constituída por um bloqueio de assimilação, derivado de uma atitude rígida face ao próprio que está associada à disfuncionalidade dos processos de vinculação e que impede a reestruturação da auto-imagem, requerida para uma maior viabilidade das interações do indivíduo com a realidade.

De acordo com esta perspectiva, as mudanças progressivas e regressivas têm a mesma origem e o sucesso ou insucesso na mudança profunda, respectivamente uma revolução pessoal ou um síndrome clínico, são apenas diferentes expressões de processos de reordenação elicitados por uma pressão desafiadora a nível do conhecimento tácito. Emerge assim, a concepção defendida por Guidano (1992 Março) de uma continuidade entre o normal e o patológico, a qual constitui um dos aspectos centrais no modelo de organização da psicopatologia que propõe. Segundo Guidano (idem) toda a organização de significado pode ter três tipos de elaboração: normal, neurose e psicose, as quais, sublinhamos, não são entidades estanques com fronteiras claras, mas apenas diferentes modos de elaborar as organizações dos significados.

A qualidade de elaboração dos significados depende de dois

factores: a abstracção e a integração. A abstracção consiste na possibilidade de ultrapassar a imediatez, criando e associando novas hipóteses e engloba não só a abstracção lógico-proposicional mas também a abstracção narrativa. O pensamento narrativo tem como finalidade produzir emoções e a experiência humana pode ler-se segundo formas básicas de sentir-se no mundo e em que cada significado pessoal é uma combinação de sentimentos básicos. O pensamento narrativo e o pensamento proposicional encontram-se ligados. Como demonstrou Popper (1992), o pensamento proposicional está orientado para testar hipóteses anteriores, as quais emergem espontaneamente do pensamento narrativo. A integração refere-se à capacidade de construir um "continuum" coerente e com sentido, que define a idiossincrasia de cada um e irá promover a capacidade de generatividade. Assim, quando não há problemas a nível da abstracção nem da integração estaremos no pólo da normalidade (não existindo uma normalidade absoluta, mas normalidades relativas), quando se registam perturbações num desses processos estaremos face a uma elaboração neurótica ou psicótica. A elaboração neurótica é aquela em que se assiste a uma diminuição da capacidade de abstracção, sem qualquer alteração a nível da integração, o que já não acontece na elaboração psicótica, em que esta também se encontra afectada, dificultando ao indivíduo criar uma imagem coerente de si próprio.

A pessoa com uma elaboração neurótica apresenta um discurso muito ligado aos aspectos concretos da realidade, à aparência, manifestando uma grande imediatez e tendência para atribuir os acontecimentos à realidade externa, não dando conta dos fenómenos que se passam consigo próprio. No entanto, a pessoa nunca perde a sua dimensão histórica e mantém-se sempre capaz de integrar, de dar uma unidade a si mesmo, desenhando um continuum temporal. Na organização de significados de tipo fóbico o quadro mais típico é o neurótico, especificamente a agorafobia (embora também não seja rara a elaboração psicótica em que se assiste à hipocondria, aos delírios fóbicos e de ciúmes).



Com base neste conjunto de pressupostos, Guidano (1987, 1991) propõe então um modelo da psicopatologia unitário, desenvolvimental e orientado para o sistema e o processo, no sentido de avaliar as condições que dão origem às organizações de conhecimento individual e respectivos distúrbios clínicos nos momentos de perturbação. Defende a utilização de uma análise estrutural e explicativa que permita ao psicoterapeuta ter em mente, na sua prática, uma teia explicativa de todas as experiências humanas, para poder levantar uma hipótese sobre o sintoma. Considera que a sua intenção não pode ser a teórica, mas deve ter uma teoria complexa e articulada, desenvolvimental e descritiva, sendo assim capaz de explicar a experiência humana e todas as suas manifestações. Guidano sublinha (1991) que mesmo nos períodos de completo bem estar, embora com menos frequência e intensidade, existem atitudes, modos de pensamento, e reacções emocionais perfeitamente análogas às apresentadas na fase aguda, a qual está, portanto, intrinsecamente relacionada com o modo de assimilar ou avaliar e integrar a experiência dentro da "coerência do significado pessoal". Guidano (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1985, 1991), abandonando o princípio da correspondência e a abordagem do conteúdo do conhecimento, centra-se nos modos de elaboração dos conteúdos e consequentes organizações de significado para explicar a variação dentro da psicopatologia.

Neste modelo, a originalidade da perspectiva acerca da agorafobia, relativamente à informação anteriormente avançada pelos modelos cognitivos reside no quadro de referência orientado para o processo e na grande relevância atribuída aos processos desenvolvimentais e organizacionais subjacentes à coerência sistémica manifestada na organização fóbica.

Guidano e Liotti (1983) referem-se à agorafobia como um síndrome unitário de expressão das descrições clínicas multiformes e apenas com diferenças secundárias de uns casos para os outros, tal como geralmente acontece na atitude nosográfica característica da literatura europeia, englobando então na designação de "síndrome agorafóbica" -

já proposto por Marks em 1969 - todas as fobias em que os sujeitos declaram medo de enfrentar sozinho determinadas situações. Esta eleição do "estar só" como medo nuclear na agorafobia vem, aliás, de encontro à ideia sugerida por Lorenzini e Sassaroli (1988) de que nestes sujeitos o construto da "solidão" se encontra inexplorado, desenvolvendo-se toda a construção pessoal sob a égide do construto de "estar acompanhado".

O núcleo da organização de significado agorafóbica é o conhecimento tácito da limitação experienciada na liberdade de explorar o mundo, associada a um esquema emocional em que a auto-imagem é caracterizada pela fragilidade. A necessidade de liberdade e a necessidade de autonomia, que correspondem ao medo do constrangimento e ao medo do isolamento, são os aspectos conflituosos da ideação central (Guidano & Liotti, 1983).

O comportamento de evitamento típico da agorafobia obedece a duas regras facilmente detectáveis a nível do auto-conhecimento explícito e que consistem em evitar a solidão ou isolamento e evitar a constrição (Guidano & Liotti, 1985). As situações evitadas são, então, sumarizadas nestas duas categorias invariantes, em que o isolamento se refere à ausência de uma companhia de confiança no meio próximo e a constrição é sentida como limitando a liberdade de movimento individual, as quais, se o sujeito com agorafobia tem que enfrentar por impossibilidade de as evitar ou por exposição abrupta, desencadeiam uma violenta emoção de medo.

O comportamento fóbico é acompanhado de uma invariante cognitiva que é a ideia apavorada de perder o controlo. Diríamos mesmo que a marca da organização agorafóbica consiste no facto de perder o controlo em situações de isolamento ou constrangimento. Este comportamento é também invariavelmente atribuído pelos sujeitos a uma doença somática ou mental. Estes medos e teorias explicativas do comportamento, que negam a importância dos factores contextuais aquando do aparecimento da sintomatologia e não reconhecem a natureza afectiva dos estados internos e sua relação com os acontecimentos, encerram naturalmente diversas inconsistências lógicas.

Para compreender as regras que dominam o comportamento e atribuições causais do sujeito com agorafobia, interessa explorar as regras tácitas que lhe estão subjacentes e a dinâmica que se estabelece no processo de identidade.

Como dissemos, o elemento central de uma organização de significado pessoal agorafóbica, é constituído por experiências maturacionais caracterizadas pela inibição indirecta do comportamento de exploração autónomo da criança. Esta interferência deriva, como iremos ver a seguir, quer de uma atitude de sobreprotecção quer da indisponibilidade dos pais para funcionarem como base segura para a criança, ou seja, uma atitude de rejeição.

O comportamento de exploração é geneticamente programado em todos os primatas, pelo que o comportamento de afastamento do pai protector para explorar o mundo surge espontaneamente. Contudo, a criança só se atreve a explorar se sente os pais como "base segura" (Bowlby, 1993), o que implica dois aspectos fundamentais: os pais estimularem a criança a explorar e a criança saber que quando voltar encontrará os pais como estavam. Contudo, no caso destas crianças os padrões de vinculação são inseguros não garantindo o cumprimento destas condições. As limitações no comportamento da criança resultam de um padrão de vinculação ansioso, estabelecido com pais que carecem de calor emocional mas que, no entanto, conseguem ter um vínculo estreito com a criança, ora assustando-a com descrições de um mundo exterior cheio de perigos (sobreprotecção), ora restringindo-a através da ameaça imanente de desertarem (rejeição).

Em estudos realizados por Bowlby (1993) verificou-se que, geralmente, a "mãe fóbica" está sempre preocupada, por pequena que seja a distância a que se encontra a criança, e não faz qualquer encorajamento expressivo à distância que incentive a exploração. Assim, a imagem do mundo como perigoso e da criança como frágil, é transmitida à criança, não de uma forma directa, mas camuflada por um sentimento positivo de protecção (e.g., o pai nunca dirá "não podes brincar lá fora"

mas antes “cuidado, não vás brincar lá para fora”). Neste contexto, a criança percebe o comportamento dos pais como carinhoso, vivendo-o como uma vinculação segura. Entretanto este comportamento dos pais vai limitando o comportamento de exploração da criança.

A outra atitude parental susceptível de limitar o comportamento de exploração da criança é, por exemplo, os pais tentarem obter a atenção da criança ameaçando deixar a família, explicitando doenças que os coloca em perigo de vida ou, ainda, invertendo os papéis de forma a que a criança fica a cuidar deles. Nestas circunstâncias a criança não os sente como uma base segura, ficando insegura quando sai de casa e se distancia dos pais, o que a leva a “travar” a exploração autónoma do meio por medo de os perder. Bowlby (1985) sublinhou que a ameaça de abandono constitui uma arma extremamente poderosa de controlo da criança (sendo também responsável por muitos distúrbios de ansiedade que se vêm a desenvolver mais tarde), que a leva de forma inevitável a conformar-se com os desejos da figura de vinculação. Note-se que estas duas atitudes parentais, de sobreprotecção e rejeição podem não ser exclusivas, podendo ocorrer de forma conjugada.

Com efeito, a criança encontra o seu comportamento de exploração bloqueado, apesar de não poder descobrir nada nos pais que limite essa exploração, pois como vimos isso ocorre de forma indirecta. O bloqueio indirecto de exploração acarreta duas consequências fundamentais. Um primeiro aspecto é que a activação que acompanha o comportamento exploratório é impedida (não correspondendo ao genético/programado), traduzindo-se numa elevada tensão e distúrbio emocional que a criança, não podendo atribuir claramente às intenções dos pais e referenciáveis às suas atitudes emocionais, não é capaz de situar na sua experiência subjectiva emergente. Assim, não a pode experimentar como uma emoção, mas apenas como algo situado a nível dos aspectos físicos que a criança se torna capaz de controlar, através da exclusão de qualquer modulação que exceda a sua estabilidade, independentemente do seu conteúdo emocional. No entanto, esta forma de controlar a perturbação, difunde um sentimento de baixa competência da pessoa para lidar com

os seus estados emocionais.

Um segundo aspecto prende-se com o facto da tensão emocional gerada pela limitação, ao afigurar-se ameaçadora, intensificar a procura de proximidade de uma figura de vinculação, reforçando que a criança sinta a vinculação e a separação como incompatíveis e antagonistas; contrariamente ao que se passa no desenvolvimento normal, em que a vinculação/separação se consideram directamente associadas, no sentido em que quanto maior for a exploração e a criança descobrir que pode partilhar com os pais as experiências que teve fora, mais elaborada, articulada e complexa será a vinculação, assumindo uma dimensão relacional que inclui, para além do contacto físico, a comunicação de opiniões e emoções. A criança fóbica vive a vinculação/separação como realidades exclusivas. Desenvolve-se, assim, um tipo de vinculação ansiosa e que oscila entre a necessidade de protecção e o sentimento de constrangimento, nunca chegando a existir uma autonomia consistente.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Em suma, a subtilidade deste processo constitui uma variável crucial, em consequência da qual, o sujeito sentir-se limitado na sua liberdade de movimentos apenas pode ser experienciado como um atributo de uma relação de vinculação percebida como estável e segura. E a criança experiencia a tensão emocional, não como derivada da coerção parental, mas como parte de uma situação mais complexa que percebe como efeito de ser querida e protegida de perigos imaginários e/ou algo absolutamente necessário para evitar a ameaça de deserção e isolamento. No sujeito que atribui a activação emocional a esta situação complexa que envolve representações de isolamento, perigo e protecção, os esquemas emocionais irão conter, inevitavelmente, informação em potencial conflito e contradição. Por outras palavras, no esquema emocional o isolamento e o constrangimento estão ambos potencialmente representados com referências emocionais opostas: o isolamento é positivo porque assegura a possibilidade de liberdade e exploração autónoma e negativo porque reflecte a falta de protecção a novos perigos do meio e à fragilidade e inadequação da pessoa para lidar com eles; a

constricção é negativa na medida em que impede a exploração, mas tem uma conotação positiva de protecção face aos perigos e à vulnerabilidade do sujeito.

Guidano (1987) sublinha que os domínios principais dos processos de significação do fóbico, como sejam a necessidade de liberdade, de protecção e de auto-controlo baseiam-se na apreensão dos pais face ao mundo e na imaginação da criança acerca de perigos e isolamento e não propriamente em acontecimentos que tenham ocorrido, existindo apenas como factual a experiência perturbadora de privação de exploração do meio.

O contexto de vinculação ansiosa fornece um conflito difícil de integrar em relação à sua auto-imagem (adorável/frágil), bem como à estruturação de uma imagem da realidade (necessidade de protecção/necessidade de liberdade). Veremos como a criança lida com eles ao longo do desenvolvimento da sua identidade.

Ao longo do desenvolvimento, a criança face a uma perspectiva de exclusão mútua entre protecção e autonomia gera um padrão de regulação da auto-percepção em que a necessidade de liberdade e independência é associada à percepção perturbadora de perigo. Então a experiência de medo e perturbação, através de oscilações na activação corporal, tornam-se os ingredientes principais do *I* emergente, selectivamente orientado para o processamento cognitivo e descodificação sensorial de qualquer modulação emocional que possa ameaçar a estabilidade. O sentido de continuidade do sujeito, tal como refere Guidano (1991) assenta na experiência de controlar a modulação da activação resultante da oscilação rítmica das tonalidades emocionais negativas como a necessidade de protecção e de liberdade, enquanto a atitude de sobreprotecção por parte dos pais envieja o autoreconhecimento em direcção a uma fronteira positiva do *Me*. A criança associa a auto-imagem de adorável e valiosa sugerida pela contínua atenção que os pais lhe cedem, à sua capacidade para regular de forma selectiva os aspectos sensoriais da experiência emocional e então, a criança avalia-se como louvável. Emerge assim, um perfil do *Me* em que a emocionalidade é

associada com fragilidade e o controlo emocional é valorizado, criando-se uma estreita relação entre a auto-estima, a auto-competência e o auto-controlo.

Na adolescência, através de níveis de reflexão auto-referenciada mais elaborados, torna-se possível o sujeito reordenar de modo mais abstracto a atitude de hipercontrolo do *Me*, ou seja, o sentido do *self* como agente de controlo elaborado na infância, transformar-se num sentido mais articulado e activo do *self* como actor. As oscilações recursivas / rítmicas entre as experiências emocionais opostas (*I*) são associadas ao sentido de ser um agente de controlo (*Me*) com uma atitude ora de dependência, ora de autonomia e independência. Neste sentido, a resolução encontrada pelo fóbico adolescente para o conflito de necessidades de protecção e liberdade (que implicam, respectivamente, constrição por dependência dos outros e solidão) radica numa atitude de hipercontrolo. Isto implica a estruturação de capacidades de controlo cada vez mais sofisticadas, para excluir todo um conjunto de sentimentos e emoções críticas que possam desafiar a auto-imagem seleccionada. A atitude em relação ao próprio passa pelo controlo interno da fragilidade que se consubstancia nos sentimentos e emoções. Trata-se de um hipercontrolo da perturbação percebida através do corpo, que se inicia pela tendência de assumir uma atitude de atribuição externa face às experiências imediatas e colocar as emoções e sentimentos como exteriores ao *self*. Os processos de controlo baseiam-se no evitamento quase automático das emoções, em vez da sua compreensão em termos de significado pessoal (Guidano, 1987, 1988, 1991; Guidano & Liotti, 1985). Guidano e Liotti (1985) alertam para o paradoxo que se gera entre a auto-descrição da activação emocional como algo externo ao *self* e o esforço para obter um controlo imediato sobre essa activação emocional. Contudo, evitar compreender as emoções em termos de significado pessoal e a pobre diferenciação que encontram nos códigos pessoais, constituem coadjuvantes para a estabilização de uma atitude de hipercontrolo do *self* como um "objecto fronteirado".

Esta atitude de hipercontrolo emocional é intensificada quando o

sujeito com agorafobia tem que lidar com emoções induzidas por alterações nos vínculos afectivos, provocando no indivíduo uma espécie de “cegueira” a certas experiências emocionais pessoais. A propósito, Bowlby (citado por Guidano, 1987) considera que se trata de uma desconexão cognitiva entre a resposta emocional da pessoa e a situação interpessoal que a elicitou, podendo em casos extremos ocasionar respostas deslocadas para outros aspectos, como queixas somáticas ou psicológicas. Por outras palavras, uma atitude de intenso hipercontrolo pode tornar o *Me* “cego” à emoções experienciadas pelo *I*, ao ponto de elas serem apenas sentidas como perturbações físicas, pois a generatividade da dinâmica *I / Me* fóbica consiste na tentativa de controlar uma emoção realmente experienciada, a ponto de depois a excluir da auto-imagem explícita. Isto está associado ao facto de que quando há dificuldades em usar a estrutura cognitiva apropriada para descodificar a modulação emocional, esta é, usualmente, experienciada como estranha, negativa e mais ou menos dolorosa.

A atitude do sujeito com agorafobia em relação à realidade, caracteriza-se também por um hipercontrolo das relações interpessoais, no sentido de obter protecção, sem experimentar constrição, ou seja, garantir uma proximidade segura das pessoas significativas e ao mesmo tempo evitar sentir-se dependente e limitado na sua liberdade de movimento. Esta atitude de hipercontrolo é concretizada através de uma atenção selectiva das características formais e metacomunicacionais no decurso das interacções (como aspectos do contexto e índices não-verbais), em detrimento do conteúdo. Um paradoxo que ressalta a este nível é entre a tendência do sujeito com agorafobia para procurar relações afectivas firmes, capazes de suportar uma protecção adequada e a sua incapacidade para dominar aspectos emocionais pertencentes ao domínio afectivo, impedindo-o de se envolver e desenvolver um conhecimento adequado da complexidade implicada na formação, manutenção e quebra dos vínculos afectivos.

Finalmente, o facto da realidade se tornar significativa e crescentemente ordenada na experiência pessoal, apenas se for continuamente emparelhada com a oscilação recursiva entre a necessidade

de liberdade e a necessidade de protecção, representa segundo Guidano (1987), o padrão organizacional subjacente à coerência sistémica. Através da assimilação e acomodação dos desequilíbrios, a organização de significado fóbica pode receber uma diferenciação progressiva na percepção das emoções pessoais e, conseqüentemente, atingir um balanceamento mais articulado e compreensivo entre as necessidades centrais opostas.

Em consonância com o que apresentamos, os acontecimentos de vida capazes de activar pressões que desafiam o equilíbrio da organização fóbica podem enquadrar-se em duas grandes categorias. Por um lado, situações reais ou imaginárias susceptíveis de serem concebidas em termos de perda de protecção, em consequência das quais se activam medos intensos de isolamento. No estudo realizado por Guidano e Liotti (1983) sobre os contextos interpessoais em que se despoletaram os primeiros sintomas, destacam-se nesta categoria os seguintes exemplos: um aumento das exigências do meio quanto à autonomia e o desejo de formar novos vínculos afectivos, muito frequente na adolescência como resultado da maturação biológica; a expectativa de ficar independente dos pais, por exemplo com o início de uma actividade profissional. Estas situações ilustram, não tanto uma separação "real", mas antes fases da vida em que o sujeito tem que fazer um movimento em direcção à independência, em virtude de um aumento na necessidade de liberdade, representando períodos de especial vulnerabilidade para estes indivíduos. O medo do isolamento também pode iniciar-se em situações de ameaça ou perda real de pessoas afectivamente importantes para o indivíduo, mais vulgarmente a morte de um dos pais ou o abandono por parte do(a) parceiro(a).

Outro grupo de situações, estatisticamente mais frequentes no estudo de Guidano e Liotti (1983), envolvem mudanças nas relações afectivas do indivíduo, susceptíveis de serem estruturadas em termos de perda de liberdade e emergência de intensos e incontroláveis sentimentos de constrangimento. São características as situações de formação de

vínculos afectivos intensos, como o casamento, o nascimento de um filho ou outras alterações na relação conjugal que conduzam a uma perda de independência. Também acontece a partir de crises na relação conjugal que levam o sujeito a aperceber-se do desejo de separação ou a imaginá-la como impossível, ficando mais consciente da sensação de constrição.

Em conclusão, a partir do momento em que a sintomatologia é desencadeada, a discrepância entre a emergência de sentimentos intensos de isolamento e/ou constrição e a imagem conscientemente aceite do *self* como um agente de controlo, provoca uma interacção entre processos simultâneos e em competição. Ao nível tácito, a activação de sentimentos desafiadores que não podem ser mais adequada e compreensivelmente estruturados, terão tendência a manifestar-se através de explosões emocionais em que os medos de isolamento e de constrição estão sempre misturados com o medo de perder o controlo. Ao nível consciente o indivíduo considera que não tem culpa de experienciar a presença de sentimentos insuportáveis de medo de perder o controlo e procura manter a sua auto-imagem, elaborando teorias que provem a natureza estranha da discrepância percebida. Com efeito, atribui-lhe uma conotação de doença, através da qual se encontra fisicamente inferior e fraco, mas não incompetente, conseguindo portanto, explicar os seus sentimentos perturbadores, sem alterar o seu nível de auto-estima.

Ao longo do tempo, e salvo raras excepções em que ocorre um reajustamento natural (ou porque o sujeito realiza uma integração aceitável do desequilíbrio, ou porque a percepção de ameaça foi causada por circunstâncias esporádicas, desaparecendo quando elas deixam de existir), o curso de uma disfunção cognitiva agorafóbica tende a manter-se e estabilizar-se, na medida em que, como realça Guidano (1987), permite ao indivíduo recuperar, pelo menos em parte, a sua atitude de supercontrolo na relação, impedindo o parceiro de desertar ou exigir mais autonomia ou poder.

2.2 A Teoria de Lorenzini e Sassaroli e a Agorafobia: uma perspectiva dos construtos pessoais

Embora a teoria de Guidano e Liotti seja aquela que mais se aproxima do trabalho desenvolvido nesta dissertação, vale a pena referir os escritos de outros autores que se têm debruçado sobre a agorafobia. Em particular, já Lorenzini e Sassaroli vêem a agorafobia como a constrição da exploração do mundo exterior e do mundo emocional que limita o movimento de construção pessoal. No modelo proposto por estes dois autores (Lorenzini e Sassaroli, 1987), a agorafobia conduz à substituição da exploração pelo evitamento da experimentação que, promovendo a ignorância, torna o indivíduo cada vez menos capaz de antecipar, elegendo como tema recorrente a fragilidade e incompetência na construção de si e o perigo e ameaça na construção do mundo.

O cerne da hipótese interpretativa da agorafobia proposta por Lorenzini e Sassaroli (1988) é, assim, a problemática da exploração, a qual está intimamente relacionada com a experiência que é utilizada na construção do conhecimento que leva à antecipação, peça central na *Teoria dos Construtos Pessoais* proposta por Kelly (1955). O postulado fundamental desta teoria acerca da forma como os seres humanos

constroem a nível mental as suas experiências, assenta exactamente na questão da antecipação, referindo o autor o seguinte: "A person's mental processes are channelized by the ways in which she anticipates events" (Kelly, 1955, p.46). Assim, a motivação fundamental é a antecipação, considerando-se que todos os processos humanos se orientam para um fim que consiste na antecipação dos acontecimentos. Trata-se de uma antecipação significativa, em que as teorias que as pessoas têm sobre si e sobre o mundo permitem integrar cada acontecimento, atribuindo-lhe sentido. O modelo de Lorenzini e Sassaroli (1988) assenta, assim, na teoria dos construtos pessoais de Kelly, pelo que antes de apresentarmos o modelo proposto por aqueles autores iremos abordar os aspectos centrais desta última teoria, os quais permitirão enquadrar a compreensão daquele modelo quando aplicado à agorafobia.

Kelly (1955) foi o primeiro autor a elaborar uma teoria compreensiva da personalidade, baseada na epistemologia construtivista e especificamente na ideia que designou de *alternativismo construtivo*, segundo a qual afirma que há sempre algumas construções (interpretações) alternativas para escolher no contacto com o mundo. Elaborou uma teoria da personalidade *interaccionista*, enquanto sistematização entre as teorias *situacionistas* e *fenomenológicas* e em que a especificidade do comportamento se converte em fundamento da hipótese de unicidade do ser humano.

A evidência observável é considerada como um teste às nossas expectativas, àquilo que se procura, às nossas construções teóricas e o conhecimento não decorre simplesmente da experiência, mas depende da capacidade do sistema pessoal para reconhecer a informação nova e construir novas estruturas para uma melhor predição dos acontecimentos. Nestes aspectos, é notória a convergência entre Kelly (1955) e Popper (1992). Mancini e Semerari (1986) consideram que Kelly ao conciliar o construtivismo com a possibilidade de conhecer o mundo "real", representou para a psicologia o mesmo que Popper (*ibidem*) representou para a epistemologia, quando afirmava que a observação só era possível

à luz de uma teoria. Tal como Popper em relação ao *self*, também na teoria de Kelly (1955) a antecipação ocorre através de um processo sofisticado de construção de teorias e hipóteses a serem testadas pela experiência, resultando o aumento do conhecimento desse método de "tentativa e erro" e eliminação dos erros.

Neste sentido, na teoria dos construtos pessoais, o comportamento e a experiência são consequência das tentativas do indivíduo para antecipar os acontecimentos e as nossas antecipações buscam constantemente a verificação a partir dos dados perceptuais. A antecipação é o resultado da tentativa de construir invariantes que ordenem a realidade, permitindo que os diferentes elementos sejam assimilados e diferenciados. Assim, as construções que fazemos do mundo, apesar de constituírem um produto subjectivo da nossa mente, têm como função delinear um mapa o mais preciso possível da realidade, de forma a que se possa prever os efeitos da interacção com o mundo.

Os construtos pessoais constituem abstracções teóricas das interpretações que a pessoa faz acerca de si e do mundo e funcionam como canais de compreensão, antecipação e acção. Em virtude da natureza opositiva do pensamento defendida por Kelly (1955) cada construto consiste numa discriminação bipolar ou dicotómica de algo, na medida em que não podemos construir nada num sentido sem afirmar que não o fazemos em sentido inverso, ou seja, uma afirmação supõe, simultaneamente, a sua negação. Com efeito, segundo esta teoria as pessoas constroem uma rede de distinções que operam como ferramentas binárias de categorização subjectiva da experiência, realização de escolhas e canalização de comportamentos. Uma das formas usadas por Kelly (ibidem) para definir construto é a seguinte: "on the basis of which some of the elements are similar to others and some are in contrast" (p.61).

Os construtos permitem ao indivíduo interpretar, prever e responder apropriadamente às experiências subsequentes constituindo, portanto, antecipações em si mesmos. Por outras palavras, o construto pessoal é o processo básico de significação da experiência humana, sendo o significado essencialmente uma questão de contraste que reflecte a

estrutura bipolar dos construtos pessoais. E a actividade de construção destes construtos é concebida como um processo global, em que o conjunto de processos psicológicos existem de forma unitária. A propósito, Kelly explicita, nos seus últimos escritos referidos por Sewell (1995), que afecto e cognição não existem separados, mas constituem o mesmo fenómeno visto de diferentes perspectivas.

A forma como os indivíduos organizam os seus construtos pessoais e os modificam ao longo do tempo, é explicada detalhadamente por Kelly (1955) através de onze corolários em que aprofunda os processos de construção do conhecimento, a dimensão interpessoal neles envolvidos e os aspectos estruturais da organização cognitiva.

Em termos do desenvolvimento do ser humano ocorre uma acomodação dos sistemas de construção a séries contínuas de acontecimentos diferentes dos antecipados, que são sempre construídos, ainda que de forma não definitiva, à luz do sistema existente. Trata-se, assim, de um processo de dilatação da estrutura e conteúdo das redes de significado, através das quais a pessoa percebe e actua em relação aos acontecimentos da sua vida. Um sistema tem sempre capacidade de desenvolvimento e quando funciona sem patologia é nítida a possibilidade de mudança, em direcção a níveis mais compreensivos.

O movimento no sentido de diferenciação do sistema de construtos envolve sempre alguma ansiedade desencadeada pelo reconhecimento da inabilidade para construir os aspectos da experiência incongruentes com a antecipação efectuada. Por outras palavras, quando o sujeito é confrontado com acontecimentos que não se enquadram no seu sistema de construtos, emerge uma ansiedade proporcional à discrepância entre o acontecimento e o sistema pessoal. Deste modo, Kelly (1955) considera que qualquer emoção, de que destacou como construtos específicos a ansiedade, a ameaça, o medo, a culpa, a agressividade e a hostilidade, constitui uma pré-condição à mudança, consubstanciando dimensões de transição e parte integrante do processo de construção do conhecimento.

Face à invalidação das predições e activação das emoções o

sistema deve ser capaz de começar a alterar os seus próprios construtos, e, assim, crescer, no sentido de mudar e aumentar as suas construções, o que lhe exige ser flexível e complexo. Contudo, pode acontecer que a pessoa face à invalidação da sua predição se "fecha", numa atitude de constrictão, evitando a revisão de construtos ou que a reconstrução ensaiada pelo sistema não seja satisfatória e conduza a novas invalidações, experiência que concorre para uma estruturação patológica.

A conceptualização de perturbação psicológica é, assim, identificada com a incapacidade do sistema de construção do sujeito se acomodar aos acontecimentos com que se depara. Por outras palavras, trata-se de um bloqueio no desenvolvimento do sistema, não permitindo a construção de um sentido experiencial. Segundo Kelly (1955) a perturbação ocorre quando os construtos permanentemente invalidados continuam a ser usados.

Os problemas dos clientes podem derivar de dificuldades ao nível do processo de construção ou a nível das características estruturais do sistema de construção (Neimeyer citado por Feixas & Villegas, 1990). Na primeira hipótese o sistema apresentará uma disfunção numa das fases do ciclo de experiência, impedindo que o movimento através desse ciclo flua e que se processe uma elaboração reconstrutiva do sistema.

Na vertente das características estruturais do sistema de construção, estão em causa propriedades globais, como a rigidez versus "lassidão" na estruturação do sistema. Construir de forma rígida, supõe o uso de construtos muito concretos e operativos, com relações entre si muito intensas, conduzindo a predições invariáveis. Contrariamente, construir com "lassidão", tem subjacente a utilização de construtos com pouca capacidade de contraste, estéreis, dificilmente operacionais, com interrelações vagas, conduzindo a expectativas amplas e difusas. Nas situações de perturbação psicológica, ao contrário da alternância entre as duas formas de construção referidas, assiste-se à fixação numa destas formas de construção, na medida em que sistemas extremamente diferenciados ou indiferenciados são normalmente problemáticos.

Em consequência, a alternativa de construção mais elaborada e

viável no sistema da pessoa, incide no pólo sintomático do construto (em vez de ser no saudável), tornando-se mais fácil para a pessoa antecipar-se com o sintoma do que sem ele, perpetuando a manifestação de uma perturbação psicológica.

Construção Pessoal da agorafobia

De acordo com a concepção de perturbação psicológica apresentada, o sujeito com agorafobia vê comprometida a sua capacidade de construir conhecimento, sentindo-se confinado à repetição limitadora de previsões que o invalidam enquanto cientista eficaz.

Tomando a vida e o conhecimento como indistinguíveis, Lorenzini e Sassaroli (1988, 1992) destacam como conceito subordinado do conceito geral de conhecimento em relação a si e ao mundo, o comportamento de exploração, o qual se encontra claramente comprometido nos sujeitos com agorafobia, como bem o exprime a sua tendência para limitar o movimento em direcção ao mundo exterior.

Para compreender porque é que o movimento de exploração do mundo, no sujeito com agorafobia corresponde a uma redução da capacidade preditiva, abordaremos o processo de construção e estrutura do sistema de construtos, no contexto da história de construção pessoal destes sujeitos. Apenas uma análise global do percurso de construção destes indivíduos nos permite compreender o significado da sua experiência de invalidação, pelo que Sassaroli e Lorenzini (1990, 1992 Maio) dividem a experiência da agorafobia em três fases, que designam por situação pré-mórbida, a fase de invalidação das antecipações e construção emocional, que faz a passagem da fase anterior em que o sujeito se percebia como normal, para a fase seguinte do episódio agudo de agorafobia. Portanto, compreender a especificidade do comportamento de exploração dos sujeitos pró-fóbicos, remete-nos para o pressuposto de Bowlby (citado por Lorenzini & Sassaroli, 1988) de que na base de um comportamento exploratório está uma boa relação de vinculação e assim, para a abordagem das relações precoces destes sujeitos.

Na história de vinculação dos sujeitos pró-fóbicos são descritas experiências caracterizadas por uma interferência directa ou indirecta no comportamento de exploração autónomo da criança, desenvolvendo-se padrões de vinculação insegura e ansiosa. Por sua vez, a criança ao falar das suas experiências emocionais relacionadas com as experiências de vinculação insegura, sente que os pais (culpados e desconfortáveis) lhe desviam a atenção para evitar explorar as emoções experienciadas. O facto de se evitar a verbalização das emoções, impede que elas sejam codificadas e, portanto, traduzidas em proposições constituindo construtos verbais. Note-se ainda que as emoções não só não são codificadas, como são evitadas, o que vai dificultar o processo de mudança, que como referimos a propósito do modelo de Kelly (ibidem) dependerá da sua elaboração, enquanto ciclos de transição. Finalmente, o evitamento das emoções estará associado ao evitamento da exploração, como forma de reduzir ao mínimo os confrontos com eventuais invalidações e assegurar num campo restricto o máximo de previsibilidade. Segundo os autores deste modelo os sujeitos com agorafobia preferem estar seguros de menos coisas do que incertos de muitas. Com efeito, a necessidade de supercontrolo das emoções, torna-se então, incompatível com o comportamento de exploração tanto do mundo exterior como da própria experiência interna.

Paralelamente, a atitude da figura de vinculação de coibir na criança a exploração e prendê-la junto a si, sugerem incompatibilidade entre vinculação e exploração (Lorenzini & Sassaroli, 1988; Sassaroli & Lorenzini, 1990). A criança depara-se com um dilema em que tem que escolher entre explorar activamente o mundo e renunciar à vinculação ou manter uma boa vinculação e abdicar da exploração. Esta oposição entre exploração e vinculação inspira a construção de um construto pré-verbal (na medida em que corresponde a esquemas de conhecimento que se desenvolveram em fases anteriores ao domínio da linguagem) definido pela bipolaridade autónomo/dependente.

Diríamos então, que do padrão de vinculação precoce dos sujeitos com agorafobia emergem o baixo nível de consciência cognitiva dos

construtos emocionais e a centralização numa dicotomia entre autónomo e dependente, aspectos que vão ser determinantes, respectivamente, do processo de construção e da estrutura do sistema de construtos pessoais, cuja evolução na fase agorafóbica passaremos a analisar.

No decorrer do confronto com a necessidade de escolher entre explorar ou vincular, o sujeito vai desenvolver um pólo, em detrimento do outro, o qual fica num estado primitivo. Com efeito, face à invalidação de uma alternativa, a construção da mudança por movimento para o pólo oposto torna-se inviável, comprometendo a capacidade de previsão do sujeito. A construção agorafóbica parece então resultar de uma restrição da construção a um pólo do construto central, assistindo-se a uma polarização no desenvolvimento da organização hierárquica do sistema.

Segundo Lorenzini e Sassaroli (1987, 1988) o construto central autónomo/dependente dá origem a duas construções: forte/frágil e só/vinculado, tendo estes construtos específicos capacidades preditivas em áreas diferentes. O construto forte/frágil tem a sua capacidade preditiva na área da exploração, em que o sujeito antecipa o mundo externo como perigoso e ameaçador e a si percebe-se como capaz ou incapaz de enfrentar esse mundo. O construto só/vinculado tem capacidade preditiva na área interpessoal, em que o sujeito antecipa a forma como se percebe amado ou não amado pelos outros e a forma como os outros são para si.

Os sujeitos com agorafobia constroem-se como forte e só associados, no construto central originário, à polaridade autónomo ou como frágil e vinculado ligados ao pólo dependente. Os construtos num sub-sistema de um mesmo pólo aparecem fortemente correlacionados entre si, mas muito polarizados e não articulados com os do outro pólo.

Note-se que, com frequência, estas duas construções polarizadas, como forte, só e autónomo ou como frágil, vinculado e dependente, encontram-se no percurso de um mesmo indivíduo, que vê a sua identidade contrastada de um momento para o outro da sua vida. De facto, em geral, a história dos sujeitos com agorafobia está nitidamente dividida em duas partes: um primeiro período pré-patológico de autonomia

e, numa viragem brusca e repentina aos olhos dos pacientes, um segundo período marcado pela sintomatologia em que o sujeito depende dos outros. Num estudo apresentado por Lorenzini e Sassaroli (1988) com sujeitos com agorafobia e neuróticos não fóbicos, em que utilizaram uma grelha de relatório que tinha como construtos as emoções e como elementos situações de vinculação, de exploração e consideradas desencadeadoras da agorafobia; verificaram que havia uma mudança abrupta de uma primeira fase de prescindir da vinculação e explorar livremente, para uma segunda fase de limitar a exploração no sentido de ter uma boa vinculação. Sublinhe-se que, no entanto, enquanto que o sistema polarizado da dependência corresponde em todos os sujeitos à fase de agorafobia declarada, a construção do pólo de autonomia pode nunca ter sido desenvolvida, caracterizando-se alguns sujeitos com agorafobia pela polaridade da dependência mesmo antes dela adquirir um significado patológico.

Passemos a uma breve descrição das especificidades de cada uma das duas construções. A construção que privilegia o pólo autónomo é caracterizada por uma "auto-confiança compulsiva" (Bowlby, citado por Lorenzini & Sassaroli, 1988, p.330), em que a pessoa constrói uma imagem de si própria como forte, activa e ambiciosa em várias áreas. Estes sujeitos mostram uma firmeza de carácter e fazem tudo sozinhos em todas as circunstâncias. Entretanto, inibem sensações ligadas à vinculação, não procuram afecto, nem cuidados por parte dos outros e lutam contra qualquer desejo de proximidade nas relações interpessoais. Segundo os autores de referência, esta construção corresponde portanto, à fase pré-patológica e uma situação que a invalide, pode despoletar um deslocamento do sujeito para o pólo contrastante da fragilidade, o qual passamos a analisar.

Uma construção radicada no pólo da dependência, manifesta a opção do indivíduo por manter a vinculação em detrimento da exploração, reflectindo-se no desenvolvimento de uma vinculação ansiosa e na substituição da exploração pelo evitamento. Como refere Fernandes

(1993) "o sujeito mantém-se vinculado a si próprio, ao seu sistema de construtos, evitando qualquer exploração para além da área de conveniência deste" (p.97). A pessoa impede que o seu conhecimento cresça, pois em vez da extensão e dilatação do sistema, envereda pela sua constrição. Como resultado e citando Lorenzini e Sassaroli (1988), "Venturing forth from the territory of knowledge gives way to ignorance" (p.333).

Quanto menos o indivíduo explora, mais situações se tornam estranhas e as fronteiras entre conhecimento e ignorância esbatem-se progressivamente. Assim, o evitamento generaliza-se e face à impermeabilidade dos construtos a pessoa vai-se contentando com hipóteses cada vez mais limitadas, que explicam menos bem a realidade externa e, com frequência, criam confusão. Emerge então da teoria agorafóbica esta última regra: "If I experiment, I will confuse the theory" (Lorenzini & Sassaroli, 1988, p.333).

Neste contexto, os acontecimentos tornam-se, com frequência, inconstruíveis pelo sistema de construtos do sujeito (ficam fora do seu âmbito de conveniência), provocando a ocorrência de outros acontecimentos a nível interno. O sujeito experiencia ansiedade pela inaplicabilidade dos seus construtos, ou medo, se antecipa uma mudança em que parte do seu mundo pode perder significado ou mesmo ameaçar a integridade do sistema. Estas emoções, por sua vez, também desencadeiam dificuldades de construção, em virtude da submersão dos construtos emocionais e da aprendizagem feita para evitar a sua exploração. Construir emoções significaria prevêr um processo de mudança, o que é incompatível com o desenvolvimento unilateral da estrutura do sistema de construtos no sujeito com agorafobia, pois corresponderia a antecipar a desestruturação do sistema. Neste sentido, Lorenzini e Sassaroli (1987) propõem alargar a definição de agorafobia que alguns autores tinham sugerido como medo do medo, para o medo da emoção.

Com efeito, torna-se compreensível a dificuldade do sujeito com

agorafobia em lidar com a experiência de invalidação heurística das suas previsões e a notória indisponibilidade para a mudança, sendo as emoções perspectivadas como uma perda de controlo, uma fragilidade e uma desgraça que requer o apoio de outros, de quem passam a depender.

Uma crise de ansiedade é continuada pela activação de duas situações "tipo-exploratório" (Lorenzini & Sassaroli, 1988, p.334), análogas na sua essência, e correspondem aos dois pólos do construto supraordenado autónomo/dependente e que são, respectivamente: "fora no ar livre, onde eu estou só" e "em espaços fechados, onde eu estou constrangido". A partir da ocorrência do primeiro episódio o sujeito começa a evitar todas as situações com conotação exploratória, quer sejam de constrição quer sejam de expansão. Na investigação a que já nos referimos, Lorenzini e Sassaroli (1988) constataram também uma forte correlação entre as situações que despoletavam a agorafobia e situações de exploração.

As situações de exploração desencadeiam agorafobia, na medida em que o sujeito constroi o acontecimento de forma que invalida o pólo de construção desenvolvido durante a fase pré-mórbida. Trata-se, portanto, de acontecimentos ligados à experiência, ou suspeita, de mudança. Mais especificamente, Lorenzini e Sassaroli (1987) referem quatro categorias das situações que vulgarmente surgem na prática clínica como responsáveis pelo despoletar do episódio agorafóbico: (1) doenças somáticas ou incidentes; (2) estreitamento de relações; (3) separações ou perdas; (4) sucesso e responsabilidades. Segundo os autores, as duas primeiras categorias têm impacto nos sujeitos com uma construção pré-mórbida do tipo auto-confiança compulsiva, que desenvolveram unilateralmente o pólo autónomo, sentindo-se fortes e sós. Esta imagem será invalidada por esses acontecimentos que fragilizam o sujeito ou alguém a quem está ligado, neste caso evidenciando, tal como nas situações de fortificação de relações afectivas, um obstáculo à negação da ligação afectiva. As outras situações que envolvem perdas afectivas (reais ou mesmo sob a forma de ameaça) são invalidantes para os sujeitos

com uma vinculação ansiosa e a construção centrada no pólo dependente, com as especificações de frágil e vinculado. O sujeito, privilegiando na sua relação com o mundo o desígnio de "frágil", sente-se ameaçado com a mudança para melhor que as promoções lhe trazem, pois não se pode comprometer com tais implicações. A construção pessoal como vinculado é ameaçada por mudanças na área das relações interpessoais que suscitem no sujeito falta de controlo sobre a ligação.

Como perante a invalidação dos construtos centrais desenvolvidos o sujeito não encontra alternativas de construção, a única hipótese é manter-se a situação de transição, o que, neste contexto, corresponde a manter-se na sintomatologia agorafóbica.

A manutenção da agorafobia é assim assegurada por um ciclo vicioso (Sassaroli & Lorenzini, 1992) entre invalidação e construção, em que a invalidação de um pólo de construção gera sintomas que invalidam as alternativas de construção, dada a estrutura polarizada do sistema. Num sistema de construtos unilateralmente desenvolvido a invalidação do pólo desenvolvido corresponde à validação do pólo oposto que não estando desenvolvido não é aplicável, implicando uma diminuição da capacidade preditiva e dificuldade na construção dos acontecimentos externos com que o sujeito se confronta, pois nenhum dos pólos o permite fazer.

A manutenção das crises deve-se, mais precisamente, a um duplo ciclo vicioso: um centrado no evitamento, o qual o sujeito constrói como uma prova da sua fragilidade que, por sua vez, requer evitamento, invalidando o sujeito como forte e "explorador" do meio e o remete para o ciclo seguinte; outro, centrado na dependência, em que o sujeito procura um apoio e se constrói como dependente, o que, não só reforça a impossibilidade de se construir como forte e só, o que poderia favorecer a sua construção, como é fonte de insegurança, na medida em que não garantindo a disponibilidade contínua das figuras de vinculação, a construção como vinculado lhe gera receio de perda e abandono. Estas estratégias de evitamento e estar acompanhado estão directamente

ligadas ao nível do núcleo problemático, respectivamente como "frágil" e "dependente". Isto sugere, segundo Lorenzini e Sassaroli (1988; Sassaroli & Lorenzini, 1992 Maio) que todos os construtos, incluindo independente e autónomo, estão subordinados ao construto "não estou sozinho", encontrando-se a polaridade "estar só" não elaborada nos sujeitos com agorafobia, como referem os autores "a dry branch which is not integrated with the rest of the structure" (Lorenzini & Sassaroli, 1988, p.334).

Em síntese, no contexto de uma experiência de vinculação que introduziu a incompatibilidade entre exploração e vinculação, estruturou-se um sistema de construtos pessoal rigidamente polarizado no construto supraordenado "não estar só", com escassas alternativas de construção, quando confrontado com a invalidação de construtos centrais.

2.3 A Teoria de Joyce-Moniz e a Agorafobia: Um modelo dialéctico desenvolvimentista

Da análise psicopatológica de Joyce-Moniz (1993) em relação à agorafobia, evidencia-se a hipervalência das significações de necessidade de protecção por alguém de confiança que parece decorrer do medo de estar só de que falávamos. O elemento central dos distúrbios da ansiedade consiste nas significações, enquanto estruturas cognitivo-emocionais e seguindo de perto a acepção de Beck. Neste sentido o autor sublinha a distinção entre as noções de medo e de ansiedade, sendo que a primeira incide na interpretação sobre a realidade do perigo e a segunda na reacção emocional que a acompanha. A significação do medo pode ser desencadeada pela proximidade espacial / física ou pela antecipação de circunstâncias de perigo. As fobias dizem respeito às significações de perigo que objectos ou situações, mais ou menos concretas, podem constituir e a sua expressão emocional pode ir desde uma sensação vaga de ansiedade ao pânico. Para acompanhar a forma como o autor explica o processo mórbido dos distúrbios da ansiedade e em particular da agorafobia, centremo-nos em alguns conceitos centrais com que introduz o seu modelo.

Joyce-Moniz (1993) apresenta, no contexto de uma metateoria construtivista, um modelo de psicopatologia dialéctica e desenvolvimentista em que integra o desenvolvimento, particularmente

socio-cognitivo e a psicopatologia em que transpõe para o domínio da psicopatologia os princípios centrais das teorias sócio-cognitivas. Este movimento assenta em dois pressupostos: de que existe continuidade entre os processos de aquisição e mudança de significações adaptativas e de significações sintomáticas; de que existem dialécticas do seu desenvolvimento, permitindo distinguir os conteúdos específicos e as orientações normais das patológicas.

O autor destaca que o processo de desenvolvimento é continuamente assegurado através dos desequilíbrios a que as estruturas produtoras de significados sofrem no confronto com o meio exterior, bem como da capacidade dessas estruturas se reorganizarem, constituindo novos equilíbrios. Os critérios psicogenéticos fundamentais inerentes ao desenvolvimento psicológico descontínuo, recapitulando sucintamente consistem na ordenação, integração, universalidade e progressão em termos de níveis de significação dos mais simples para os mais complexos.

Aplicando no domínio da psicopatologia os principais modelos do desenvolvimento sócio-cognitivo de significações adaptativas o autor destringe cinco níveis de significação, considerando que um adolescente ou adulto se poderá encontrar em qualquer um deles: (1) orientação pré-social, amoralidade e anomia; (2) orientação instrumental, dualidade e heteronomia; (3) orientação pró-social, multiplicidade e socionomia (conformismo relacional); (4) orientação pró-social, multiplicidade e socionomia (conformismo institucional); (5) orientação pós-convencional, relativismo e autonomia.

Quanto mais elevado é o nível maior é a multiplicidade de alternativas de significação de que o sujeito dispõe, chegando a comportar a ambiguidade e a contradição. Qualquer que seja o nível que a pessoa atingiu poderá actuar de acordo com esse nível ou em função de níveis previamente percorridos.

Para lidar com os conflitos o sujeito utiliza os sistemas significativos hipervalentes que tem disponíveis no seu nível de desenvolvimento.

No desenvolvimento psicológico adaptativo assiste-se a um processo de contínua construção de níveis e descontinuidades, numa

sucessão de equilíbrios precários que projectam a utilização de significações cada vez mais abertas e flexíveis na resposta e integração de conflitos internos e/ou externos. Como refere o autor "o desenvolvimento adaptativo ou majorante mostra bem que *a melhor forma de resolver um problema é criar outro problema, que possa integrar o anterior*" (Joyce-Moniz, 1993, p.59, *itálico no original*).

Contudo, duas grandes dificuldades podem surgir e ameaçar o desenvolvimento adaptativo. confrontando-o com a impossibilidade de conceber novas questões. Essas dificuldades podem colocar-se num ou em ambos dos seguintes processos: um relativo à *destruturação*, responsável pela criatividade existencial através da disputa da hipervalência de significações flexíveis; outro relativo à *restruturação* que envolve a aceitação da hipervalência provisória das significações que permitem ultrapassar o conflito e elementos perturbadores.

Em consequência destas dificuldades ao nível dos processos de reequilíbrios emerge a psicopatologia que se caracteriza, em contraste com a abertura e flexibilidade do desenvolvimento adaptativo, com a estagnação e rigidez. Na patologia o sujeito reage à incoerência com ambivalência ou reposição do equilíbrio, produzindo estagnação em vez de avanço nos níveis de significação. Assim, os níveis de significação sintomáticos reflectem uma rigidez que deriva da sua tendência para uma dialéctica de coerência e estabilidade que é antitética da constante mudança inerente à evolução majorante. As perturbações psicopatológicas têm *temas* que correspondem a funções adaptativas no confronto do sujeito com o meio, mantendo-se centrais em cada perturbação em virtude de algumas significações se tornarem hipervalentes no fluxo do pensamento. Com efeito, estabilidade e estagnação estão associadas ao facto de em cada perturbação as significações sintomáticas de um determinado nível dominarem sobre as significações adaptativas desse nível, bem como sobre as significações adaptativas e sintomáticas de outros níveis.

Joyce-Moniz (1993) aborda na análise da psicopatologia uma outra dimensão que diz respeito à expressão emocional associada às

significações sintomáticas. A este nível propõe a definição de três *critérios* que consistem na qualidade e intensidade da emoção, no seu estilo de expressão e na ligação entre descrição e expressão. Cada um destes critérios é classificado de acordo com três *modos*, pelo que encontramos as seguintes distinções. Quanto à qualidade e intensidade da emoção ela pode manifestar-se de *modo restrito*, que equivale à falta de expressão, de *modo catártico* em que se assiste a uma submersão pelas emoções ou de *modo épico*, o qual corresponde a um controlo excessivo das emoções. No que se refere ao estilo ou processo de expressão destaca a *disposição*, enquanto expressão prolongada das mesmas emoções, a *labilidade*, pautada pelas variações na expressão e a *bipolaridade*, em que as variações flutuam entre pólos emocionais opostos. Em relação ao terceiro critério identifica a *congruência*, nos casos em que há coerência entre as emoções e outros sintomas, a *dissociação*, quando sobressai a inadequação das emoções em relação a outras expressões e a *alexitimia e perda de ressonância*, associada à dificuldade de identificação das emoções e à perda de afecto.

Voltando ao caso específico da perturbação agorafóbica passemos a referir as suas características principais, de acordo com o sistema de análise.

O *tema* central dos distúrbios da ansiedade consiste na ontologia da realidade do perigo e, especificamente no caso da agorafobia, "a vulnerabilidade face ao perigo sem a possibilidade de recurso à protecção de alguém de confiança" (Joyce-Moniz, 1993, p.27).

Joyce-Moniz (1993) aborda em diversas das dimensões a neurose ansiogénea e fobia no seu conjunto, no entanto, quanto aos níveis de significação especifica o caso da agorafobia, uma vez que, de acordo com as palavras do autor, "a natureza aparentemente "misteriosa" e ideossincrática desta variedade de fobia justifica uma análise desenvolvimentista separada" (Joyce-Moniz, 1993, p.142), a qual passamos a acompanhar

Na agorafobia sobressai, a hipervalência das necessidades de

protecção e segurança, revelando que o objectivo da mudança corresponde a uma regressão para o nível 1, em que reencontramos os temas significativos da criança. Esta ideia vem explicitar a alusão de Beck quanto à emergência da agorafobia constituir a expressão de medos latentes da infância. A compreensão dos acontecimentos da dialéctica do sujeito com o meio ou com o próprio que podem estar na base desta regressão, remetem-nos para os outros níveis de significação.

No nível 2 são geralmente episódios fortuitos de desconforto, qualquer espécie de incidentes de percurso (por exemplo, um engano de orientação na condução de um veículo, um encontro indesejável na rua) que despoletam o processo regressivo. O indivíduo avalia as suas aptidões para enfrentar a situação adversa como insuficientes ou inadequadas e o receio de perder o controlo prende-se com a possibilidade de não poder voltar para um lugar seguro, pelo que é tanto mais intenso quanto mais longe dele se encontrar. No nível 3 já são acontecimentos existenciais importantes (como a morte ou doença grave de alguém querido, etc.) ou episódios mais circunstanciais mas que afectam particularmente a intimidade afectiva (como a humilhação por exemplo) ou mesmo outro tipo de ameaças mais internas (como o risco de um ataque cardíaco) que conduzem a uma necessidade exagerada de protecção relacional e abrigo. Há assim uma hipervalência de significações de dependência, comum à existente no nível 1, o que irá favorecer o processo de regressão. A pessoa, fora de casa, receia ser humilhada ou a ocorrência de qualquer indisposição física que terá tendência a assumir como sinal de um disfuncionamento grave generalizado. O receio de perda de controlo está ligado à possibilidade de não poder procurar ajuda ou por se sentir confusa ou ter um colapso, sendo que quanto mais indefesa a pessoa se sentir mais necessidade terá de uma ajuda segura. No nível 4 encontramos os acontecimentos, também referidos pelos autores que anteriormente abordámos, e que dizem respeito a mudanças que possam constituir uma ameaça ao sentido de competência e de responsabilidade (eg., o nascimento de um filho, a falta de apoio institucional, o desemprego), conduzindo ao retrocesso. Neste caso é a afirmação pessoal e o valor

próprio que são postos em causa e qualquer reparo dos outros é visto como uma autocrítica severa e uma confirmação da incompetência para sair da situação problemática. O receio de perda de controlo está relacionado, por um lado com a possibilidade de não cumprir com as obrigações, por outro lado com a possibilidade de mostrar aos outros a sua incompetência, gerando-se uma ambivalência entre a necessidade de ajuda e o medo que a considerem "fraca", contradição que não é assumida pelo sujeito. Neste nível a imposição de regras restritas constitui uma condição importante de equilíbrio e segurança. Finalmente, no nível 5 as dificuldades surgem quando a pessoa, consciente das suas contradições e ambivalências entre a necessidade de liberdade (autonomia) e a necessidade de protecção (dependência), tanto a nível funcional como relacional, se aventura desafios para procurar essa autonomia. Como sublinha o autor "A pessoa sente-se prisioneira dela própria" (Joyce-Moniz, 1993, p.144), na medida em que o conflito entre individualidade e dependência a leva a atitudes egoístas ou agressivas contra os mais próximos e a consciência dessa revolta agrava a incapacidade e o receio de perda de controlo que, neste caso, se prende com a possibilidade de enlouquecer, de falta de identidade ou autonomia. A imposição de regras estritas constituem uma ameaça à autonomia, contribuindo para uma maior vulnerabilidade. No entanto, neste nível, há uma resistência ao processo de regressão, pelo que para evitar a dependência do nível 1 é comum o retrocesso ser, apenas, para um nível intermédio.

Um outro domínio aprofundado por Joyce-Moniz (1993) diz respeito aos níveis de conhecimento da realidade do perigo. As significações da realidade do perigo e da auto-avaliação de vulnerabilidade nos níveis inferiores do desenvolvimento são indistintas das da possibilidade de lidar com essa realidade, o que não acontece nos níveis superiores, em que a diferenciação se poderá situar através de uma sequência de quatro grupos de significações, propostos pelo autor: significação ontológica da realidade do perigo; significação epistemológica da possibilidade do conhecimento do perigo; distinção entre significações do perigo, da vulnerabilidade e

do confronto; metacognição do sentimento do medo e da emoção ansiogénea. Assim, assiste-se a uma evolução gradual que quanto à significação do perigo começa pela ideia de que o perigo é objectivo e, numa primeira fase existe porque a pessoa o percebe, numa etapa posterior a pessoa admite que pode não ser percebido imediatamente, resultando de uma certa acumulação de evidências e numa terceira fase a ideia de que não pode ser conhecido imediatamente sem incerteza, sendo a própria pessoa a fonte e o juiz da sua relevância idiossincrática; nos níveis seguintes o perigo é subjectivo, primeiro reflectindo uma perspectiva pessoal e, num último patamar, acrescentando a possibilidade de ser constituído por múltiplas significações para um dado acontecimento. Quanto à destrição das significações de perigo, vulnerabilidade e confronto a evolução é progressiva partindo de uma total indiferenciação, passando primeiro por uma diferenciação das possibilidades de confronto em relação às outras duas e culminando com interpretações diferenciadas das três, passíveis de serem separadas e/ou integradas. As significações do medo e da ansiedade acompanham de perto a de perigo, começando por ser encarados como evidentes, depois como possíveis de explicar em termos concretos e quantitativos, a seguir a nível qualitativo e idiossincrático, depois justificáveis racionalmente como ruptura com sistemas estabelecidos de crenças e, por fim, em termos de integração de pensamentos, atitudes concretas e reacções fisiológicas e emocionais.

No que concerne às acções dialécticas das perturbações de ansiedade refira-se, antes de mais, que a reacção ansiogénea tem uma função adaptativa, no sentido em que pode activar e acelerar movimentos dialécticos de sobrevivência. No entanto, a noção de adaptação subentende, do ponto de vista dialéctico, a possibilidade de desadaptação e de que a emoção esteja presente sob formas sintomáticas, como acontece na maioria das perturbações psicológicas. Ao nível da psicopatologia ansiosa Joyce-Moniz (1993) destaca as dificuldades de reestruturação e, em particular, de *tentativa de compensação*, embora se registem também noutras categorias, como passaremos a ver. Assiste-se, com frequência, à *indiferenciação* nos ataques de pânico, levando a

peessoa a ter a sensação de despersonalização (tantas vezes referida pelos sujeitos nessas circunstâncias), significação que tenderá a extremar cada vez mais a ansiedade experimentada. A descoordenação reflecte-se de diversas formas na ansiedade, sendo típico no pânico a desordenação e fusão de ideia e a perda de raciocínio que estão na base do medo de enlouquecer que vários sujeitos mencionam; na agorafobia, para além das dificuldades de concentração, o bloqueamento, a sensação de vazio, ressalta a tendência para a sensação de desequilíbrio e perda de referências espaciais (como consequência de ilusões ópticas ansiogéneas, de dissociação ou fusão de imagens). Ao nível da *estagnação* reconhecemos a rigidez associada a uma tensão muscular intensa que inviabiliza a mobilidade, podendo ter sido motivada, quer por uma reacção de fraqueza quer por um esforço muito intenso de mobilização para o confronto com o perigo. Uma postura defensiva de inibição talvez seja a mais significativa, na medida em que integra, o evitamento, a fuga, a dissimulação, o adiamento, as "falhas" de memória, etc. No caso específico da agorafobia a necessidade de protecção por parte do outro pode também conduzir a diversas significações de retraimento e inibição relacional, essencialmente, quando essa dependência é também sentida como ameaçadora da autonomia pessoal. Os processos deficientes de reestruturação estão associados a várias acções de *centração circular* de que são exemplo a centração negativa através da omissão ou isolamento das significações ansiogéneas, a sua distorção ou racionalização ou a sua substituição por significações opostas; destacam-se ainda mecanismos de inclusão, de catastrofização, de generalização excessiva, de pensamento polarizado, de abstracção selectiva e a circularidade ambivalente (cf. Joyce-Moniz, 1993). Sublinhe-se que na agorafobia, quando há resistência ao retrocesso para os níveis inferiores, tal pode converter-se num mecanismo de ambivalência. Finalmente, a tentativa de compensação corresponde a um esforço de reestruturar a situação com uma acção adequada. Neste sentido o processo dialéctico é exploratório e flexível, caracterizando-se por uma mudança nos meios de confronto com vista a transformar as significações de medo. Nas

perturbações em estudo encontram-se todos os tipos de tentativa de reestruturação, servindo a ansiedade como "sinal para a acção dialéctica a ansiedade serve de inversão, integração ou transformação das significações sobre a eventualidade, a qualidade ou a intensidade do perigo" (Joyce-Moniz, 1993, p.150). Nomeadamente na agorafobia a pessoa antes de se aventurar num espaço ameaçador, procura sempre assegurar as possibilidades de inverter o percurso e regressar às condições iniciais de protecção. Na tentativa de compensação por identidade o sujeito visa, através de racionalizações, negar ou minimizar a avaliação anterior de ameaça ou de impossibilidade de confronto eficaz, bem como por equiparar as dificuldades com as vantagens da situação. Na compensação por reciprocidade o indivíduo procura calcular a probabilidade de poder atenuar os efeitos nocivos do contacto com a situação ameaçadora, levando-o a ter a força de vontade suficiente para permanecer no local, apesar de certos sintomas ansiogéneos (reflecte uma dialéctica de reciprocidade por "mal menor"). A compensação por proposição está subjacente às dúvidas do sujeito sobre o risco de se aproximar das situações ameaçadoras. Especificamente, segundo o autor, o processo de autoconhecimento do sujeito com agorafobia integra inúmeras conjecturas acerca da probabilidade de desastres associados ao espaço ou ao próprio, e tanto pode ocorrer de forma rápida e semi-automática como alongar-se em dolorosas hesitações.

Para terminar, quanto à expressão emocional da neurose ansiogénea e fobia salienta-se o modo catártico na qualidade e intensidade da emoção, reforçado pela sintomatologia autonómico-fisiológica (constituindo o ataque de pânico a reacção mais exacerbadamente expressiva a este nível). A reacção ansiogénea tende a ser intensa, excessiva e global, no sentido em que activa componentes fisiológicos, cognitivos e atitudinais. As impressões subjectivas de tensão ou terror são intensamente sentidas e tendem a ser expressas de modo igualmente exagerado e dramático. Os movimentos dos membros e a postura corporal dão continuidade a essa atitude expressiva, que tanto pode ser de grande mobilização motora desordenada ou rígida, como de inibição ou paragem

vigilante. Em termos do estilo da expressão, é susceptível de sugerir alguma labilidade, já que as reacções ansiogéneas mudam de acordo com as mudanças percebidas nas condições de perigo e essa avaliação é idiossincrática, o que proporciona que um observador assista a uma mudança frequente de expressão. Trata-se, no entanto, de uma labilidade emocional moderada, pois não há mudança de ansiedade para outras emoções e também porque as variações não serão totalmente imprevisíveis se o observador se centrar na avaliação das condições de perigo. A descrição que o sujeito faz da sua sintomatologia e a expressão da ansiedade é congruente, revelando tratar-se de uma experiência unitária e de ligação entre os vários componentes (Joyce-Moniz, 1993).

2.4 A Teoria de Esquemas Cognitivos de Beck e a Agorafobia

Também Beck sublinha como temáticas centrais dos sujeitos com agorafobia a vulnerabilidade e consequente necessidade imperiosa de protecção e segurança, assemelhando-se a uma criança deixada pela primeira vez num local desconhecido (Beck & Emery, 1985). Consequentemente, sentem-se confortados com a presença de alguém de quem saibam que podem obter ajuda se tiverem um problema físico agudo. Têm também medo de perder o controlo, o que os levará a uma humilhação social e, portanto, se interliga com o medo de desaprovação social. Paralelamente, reforçam a dualidade entre dependência e autonomia que nos tem acompanhado desde o modelo de Guidano, explicitando a existência de um conflito entre elas e o controlo. Por um lado, desde que a pessoa acredita que não pode lidar sozinho com os perigos do mundo exterior, é impelida a obter ajuda de uma figura de suporte; por outro lado, procurar socorro pode levá-lo a render-se à soberania de outra pessoa, diminuindo a possibilidade de reivindicar liberdade. As pessoas com agorafobia ficam, assim, apanhadas num ciclo entre a expectativa de auto-suficiência e a necessidade de ajuda. Como a auto-suficiência é frustrada, a dependência aumenta e, concomitantemente, aumenta o medo de ser dominado pelo outro. A ideia de que o sujeito com agorafobia experimenta um sentimento de

ameaça crescente, que o leva a reduzir a zona de segurança à sua própria casa e expandir a zona de perigo e a procurar a ajuda de uma figura de apoio surge já no modelo apresentado por Beck, considerando o autor que o contexto cognitivo prevalecente é a vulnerabilidade.

Em particular, o modelo de Beck (1976, 1985) equaciona a análise da agorafobia em termos da aplicação na psicologia clínica da concepção de *esquema*, então emergente nas ciências cognitivas.

A noção de *esquema* decorre do connexionismo moderno que, embora ainda baseado na metáfora do computador, sugere uma perspectiva mais sofisticada com base no processamento paralelo e pretendendo simular o funcionamento das redes neuronais. A sequência linear é substituída por organizações estruturadas hierarquicamente, mantendo-se a crença racionalista de uma organização superior no sistema nervoso que coordena a manipulação das representações mentais. Estas concepções vêm constituir teorias de significado que Mahoney (1991) designa de "representacionistas", no sentido em que incluem a mediação cognitiva no fenómeno da significação, enquanto correspondência entre as representações mentais e o mundo "tal como é". Perpetuam-se assim, os modelos de representação baseados na "cópia interna" mas as representações, geralmente assumidas como sensoriais, começam a ser consideradas semânticas.

Neste contexto o *esquema* corresponde a uma estrutura cognitiva abstracta, auto-organizada, que integra e gera padrões ou temas da experiência. No sistema cognitivo as unidades significativas não são símbolos, mas esquemas complexos de actividade entre os múltiplos elementos que constituem uma rede. A cognição é a emergência de estados globais numa rede de componentes simples, que se regem por regras locais responsáveis pelas operações individuais. O sentido é uma função do estado global do sistema, ou seja, o significado deriva de sistemas de actividade complexos que emergem da interacção entre os constituintes. A teoria do *esquema* concebe o conhecimento humano como o resultado da interacção entre as estruturas do conhecimento e a realidade externa, mais especificamente, o conhecimento é constituído a

partir da interacção entre os estímulos do meio e as acções adaptativas do organismo a essas pressões, as quais dependem da informação anterior contida nos *esquemas cognitivos*.

Com efeito, esta concepção vai sugerir modelos que lidam, apenas, com o que está bem definido e estritamente governado por um programa de operações elementares, atribuindo uma relativa passividade à mente humana, primazia ao cognitivo e à existência de um só nível de significado e não aprofundando a natureza das representações nem o modo como são formadas. A propósito, citamos Mahoney (1992) quando explicita que "la primitiva psicología cognitiva se ocupó de la "información" (almacenaje, recuerdo y procesamiento) más que de los procesos de "construcción del significado" que son más nucleares en la ciencia cognitiva contemporánea"(p.50).

Estes modelos atribuem à realidade interna o critério de referência, antes situado na realidade externa e, assim, alimentando a dicotomia entre realidade interna e externa. Aliás, Bruner (1990) sugere que estes modelos, em vez de substituírem o comportamentalismo, mais não fazem do que reformá-lo e complementá-lo com o reconhecimento dos processos cognitivos no comportamento humano, caracterizando uma era que Mahoney apelidou de «comportamentalismo pensante» (citado por Gonçalves, 1993, p.113).

A noção de *esquema* remete para a ideia de que o indivíduo cria realidades internas idiossincráticas, independentemente dos circunstancialismos externos, conceptualização que Beck vai desenvolver para a compreensão do funcionamento cognitivo e suas perturbações.

O modelo cognitivo de Beck (1976) assume que o problema principal do indivíduo se prende com a sua construção da realidade, equacionada em crenças que se inscrevem em três domínios, que designou por *tríade cognitiva* e que correspondem às perspectivas sobre si próprio, sobre o futuro e sobre o mundo. Constitui um modelo das emoções e desordens emocionais que tem como elemento central as interpretações individuais dos acontecimentos e parte da ideia de que o significado pessoal determina a resposta emocional. Considera o sistema de significado e as

distorções cognitivas de cada cliente específicas e idiossincráticas (Bedrosian & Beck, 1980; DeRubeis & Beck, 1988), salientando que, com frequência, os significados privados são irrealistas e quando a pessoa se liga a eles pode experimentar uma resposta emocional excessiva ou desapropriada.

As interpretações estão dependentes de processos cognitivos e são os *esquemas*, enquanto componentes estruturais básicos da organização cognitiva que definem os modos específicos de construção da realidade. Quanto à análise da organização cognitiva, Beck e Emery (1985) explicitam que,

a person is prepared to focus on important aspects of a situation and to apply the appropriate "formulas" to their analysis. This advance preparation involves the activation of cognitive structures (*schemas*) that orient the individual to a situation and help him to select relevant details from the environment and to recall relevant data. (p.54)

Os esquemas estão organizados em grupos, constituindo constelações ou contextos cognitivos, com um conteúdo definido por conceitos, pressupostos e regras específicos, e serve para determinar uma ampla série de respostas afectivas e comportamentais. Permite estabelecer a informação significativa da situação, extraíndo os dados relevantes do meio relativamente homogéneo e confuso de estímulos "concorrentes", estabelecendo relações e formando padrões. As constelações cognitivas estão agrupadas, por sua vez, em subsistemas que são os *modes*, os quais constituem sectores mais alargados da organização cognitiva que se destinam a consumir certos princípios adaptativos relevantes à sobrevivência. De acordo com Beck e Emery (1985) os processos comportamentais-afectivo-cognitivos formulam-se através de um contínuo *feed-back* em que o papel central das estruturas cognitivas inclui a activação, controlo e modulação das outras estruturas.

Este modelo de organização cognitiva recebe uma certa redefinição na descrição apresentada por Beck e Clark (1988), com base na proposta de Ingram e Kendall (1986; Kendall & Ingram, 1988) no âmbito da psicologia cognitiva, de uma taxonomia dos processos cognitivos, em

três dimensões distintas: (1) estruturas ou proposições cognitivas, correspondem aos anteriormente designados esquemas cognitivos, caracterizando-se por dar significado às experiências, estarem na memória a longo prazo, constituírem uma forma verbal interpretativa, bem como processos inconscientes que tratam automaticamente a informação e antecipam a realidade; (2) operações cognitivas, consistem nos processos pelos quais os componentes do sistema de processamento da informação interagem; (3) produtos cognitivos é o resultante do sistema de processamento de informação. Assim, o diálogo interno que o indivíduo desenvolve no confronto com os acontecimentos, resulta da operação de determinados processos cognitivos que são produto da activação de esquemas cognitivos de natureza estrutural.

Nos estados psicopatológicos existe um viés sistemático no processamento da informação, o qual se evidencia em todos os níveis do sistema. As estruturas ou esquemas cognitivos desadaptados estão latentes no indivíduo até que são activadas por certos estímulos do meio, sobrepondo-se a outros mais funcionais e desencadeando atitudes disfuncionais (Beck & Clark, 1988).

A nível das operações cognitivas, verifica-se que uma vez activados os esquemas disfuncionais dão origem a distorções no processamento de informação, que Beck designou por *erros cognitivos* (eg. *abstracção selectiva, inferência arbitrária, sobregeneralização, personalização, pensamento polarizado ou dicotómico, magnificação/minimização, assumir excessiva responsabilidade, avaliação incorrecta do perigo/segurança, atitudes disfuncionais acerca do prazer/sofrimento, "tirania dos deveres"*), aspecto que se encontra aprofundado em Bedrosian e Beck (1980).

A nível dos produtos cognitivos, como resultado dos erros, regista-se um enviesamento no limiar de consciência individual e as autoverbalizações perturbadas reflectem o conteúdo dos esquemas disfuncionais, através dos chamados pensamentos automáticos que, segundo Beck e Clark (1988), são constituídos por um diálogo interno, imagens ou fantasias espontâneas e transitórias, facilmente acessíveis à consciência.

Em suma, "as disfunções psicológicas são caracterizadas por diferentes esquemas cognitivos de organização da informação, que por sua vez se expressam em distorções sistemáticas do processamento, dando origem a ideias cognitivas distorcidas" (Gonçalves, 1993, p.120).

A teoria cognitiva perspectiva as desordens psicopatológicas como um continuum das respostas comportamentais-afectivas-cognitivas normais nas situações da vida, em que as reacções emocionais assumem formas "exageradas" (por exemplo os medos dos fóbicos parecem constituir uma acentuação dos medos vividos por numerosas pessoas "normais"). Assim, o conteúdo cognitivo dos síndromes tem o mesmo tema do encontrado na experiência "normal", mas as distorções cognitivas são mais extremas, tornando cada resposta cognitiva, afectiva, comportamental ou fisiológica que serve alguma "função", hiperactiva e desadaptada (Weishaar & Beck, 1986). Um pensamento desadaptado consiste numa ideia que interfere com a aptidão para lidar com experiências da vida, que desnecessariamente rompem a harmonia interna e produzem inapropriadas ou excessivas reacções emocionais dolorosas. Nas reacções "normais" as percepções iniciais são ajustadas e testadas em confronto com a realidade, corrigindo as conceptualizações globais e primárias do primeiro momento, enquanto que nas perturbações psicológicas esta função correctiva está afectada e as emoções tornam-se exageradas. A patologia mantém-se devido à tendência do processamento cognitivo para se tornar rígido, processo que Weishaar e Beck (1986) descrevem claramente na seguinte citação:

When vital interests are at stake, cognitive processing tends to be overinclusive and rigid. In addition, there is a loss of volitional control over thinking and a reduced ability to "turn off" the intense schemata. Finally, there is a reduction in the ability to concentrate, recall and reason. Because of these features and the fact that the individual's construction of the situation contains only a subset of information to begin with, maladaptive schemata may be maintained and reinforced. (p.65)

A teoria cognitiva pressupõe que cada desordem emocional

apresenta um perfil cognitivo específico em todos os níveis de funcionamento do sistema e que a diferenciação entre os perfis passa por uma grande especificidade no conteúdo do processamento desadequado da informação.

Funcionamento cognitivo na ansiedade e na agorafobia

Basicamente, Beck (1976) demonstrou que os sintomas de ansiedade são manifestações de mecanismos de sobrevivência dirigidos por processos cognitivos. Um episódio amedrontador afecta praticamente todo o sistema corporal, isto é, o sistema fisiológico, cognitivo, motivacional, afectivo ou emocional e comportamental. As reacções biopsicológicas podem ser perturbadas e os sintomas associados à ansiedade, à partida adaptativos, podem ser muito intensos, em virtude dos pensamentos e fantasias do indivíduo nesse momento. Assim, nas desordens de ansiedade o problema não é a ansiedade, mas a hiperactivação de padrões cognitivos relacionados com perigo, que estão continuamente a estruturar experiências externas e/ou internas como sinais de perigo. Desta forma, estas desordens podem ser conceptualizadas metaforicamente como um sistema de alarme hipersensível, na medida em que os sujeitos estão muito alerta para potenciais perigos, o que, aliás, os leva a experienciar tantos “falsos alarmes” que se mantêm num estado de constante tensão emocional (Beck & Emery, 1985).

A partir da ansiedade Beck e Emery (1985) clarificam os contornos conceptuais de elementos chave para a sua explicação sobre a temática fóbica. Assim, a ansiedade é definida como um estado emocional de tensão e com frequência marcada por sintomas físicos. O medo consiste num inquieto mau presságio, a percepção da possibilidade de que alguma coisa de terrível ou indesejado aconteça, o indivíduo está preocupado com o perigo potencial ou concreto de uma determinada situação que

ainda não aconteceu ou que está a acontecer, faltando as últimas consequências. A ansiedade distingue-se do medo, dado que a ansiedade é um processo emocional, enquanto que o medo é um processo cognitivo. O medo envolve a avaliação intelectual de estímulos ameaçadores, enquanto que a ansiedade é a resposta emocional a essa avaliação, pelo que, quando o medo é activado experiencia-se ansiedade. A fobia refere-se a um medo exagerado (que envolve a avaliação de um grau de risco muito elevado, numa situação relativamente segura) e, com frequência, incapacitante, dirigido a um objecto, situação ou acontecimento específico e respectivas consequências. Quando uma fobia ou medo são activados, a reacção do indivíduo pode ir de uma ansiedade média ao pânico, definido como um susto sufocante e repentino, acompanhado por uma tentativa progressiva e frenética de segurança. Assim, na fobia, o conteúdo característico das ideações é o perigo associado a situações específicas a evitar.

Na tentativa de compreender as fobias, Beck (1976) chama a atenção para a existência de um sistema dual de crenças. Quando o cliente está longe da situação fóbica tem a concepção de que essa situação é relativamente inofensiva; no entanto, quando se aproxima da situação a ideia da sua perigosidade aumenta progressivamente, até dominar a avaliação da situação. O sujeito com agorafobia oscila, assim, entre uma concepção do objecto fóbico como inofensivo e como perigoso. Na verdade, uma pessoa pode ter, simultaneamente, conceitos totalmente contraditórios tendência que, embora presente noutras desordens emocionais, é muito notória nas fobias, em que

one of the concepts tends to be relatively primitive and unrealistic; the opposing concept, more mature and realistic. When the unrealistic concept is dominant, then other signs of the neurosis, e.g., emotional distress, are likely to appear. (Beck, 1976, p.165)

Quanto ao que os fóbicos realmente temem, Beck (1976) sugere que, não é o objecto ou situação particular em si mesma, mas as consequências de estarem na situação ou em contacto com o objecto.

Apesar da natureza geral das fobias, após vários estudos realizados na área, o autor considerou possível determinar um medo nuclear específico para cada fobia, correspondente às ideias centrais expressas pelos clientes.

No caso da agorafobia está associada ao medo de que alguma desgraça aconteça longe da segurança da casa e onde ninguém prestará ajuda, bem como ao medo de perder o controlo que levará a uma humilhação e, portanto, se interliga com o medo de desaprovação social (Beck, 1976).

Relativamente à emergência da agorafobia Beck e Emery (1985) consideram que existe uma predisposição individual para a agorafobia que tem latente medos de situações que podem ter constituído perigos potenciais durante a infância precoce, mas que não são perigosos para o adulto. A susceptibilidade a esses medos aumenta quando a pessoa se envolve em situações de grande tensão e pressão, as quais sobrecarregam a sua capacidade para modelar as reacções emocionais e testar os medos exagerados em relação à realidade. Então, o desenvolvimento da agorafobia baseia-se na activação desses medos latentes e expressa-se quando uma mudança de circunstâncias a activa (pelo que a sintomatologia tende a aparecer depois dos vinte anos). São pessoas que têm uma preocupação perpétua com a saúde ou com os transtornos emocionais, mas que conseguem manter o seu equilíbrio enquanto têm disponíveis uma ou mais figuras de protecção (pais, irmãos, pares). As situações que, com mais frequência, podem precipitar sintomatologia agorafóbica correspondem, globalmente, às enunciadas pelos autores a que antes nos referimos (uma estadia prolongada longe de casa, o nascimento de um filho, a morte ou separação de uma figura de suporte e aumento de exigências em casa ou no trabalho). Neste modelo são sintetizadas com a ideia de que a circunstância geral que parece prevalecer entre os agorafóbicos é a expectativa crescente que o indivíduo tem face às exigências de um funcionamento mais independente no estado adulto e parental. Geralmente, os sujeitos não reconhecem a associação entre os acontecimentos de vida e as respostas fisiológicas, comportamentais

e afectivas, tendendo a atribuir as reacções a um decréscimo nas suas próprias competências (Weishaar & Beck, 1986).

Quanto ao desenvolvimento da sintomatologia Beck e Emery (1985) descrevem que, geralmente, os sujeitos com agorafobia percebem uma variedade de possíveis perigos no mundo "lá de fora" que se vão acumulando e alastrando a todo os aspectos do processo de sair de casa. Consequentemente, o indivíduo vê-se a si próprio com uma vulnerabilidade crescente, constituída através de vários passos: (1) Percepção de um número ilimitado de oportunidades para ficar imobilizado, humilhado, esmagado, sufocado ou ser atacado e sente que não tem uma defesa segura contra esses perigos exteriores; (2) Reacções reflexas automáticas produzem sintomas que sugerem um distúrbio interno sério e o indivíduo não tem maneira de controlar essa crise "interna"; (3) O paciente experiencia uma sensação de "mau funcionamento" e decréscimo de competência; (4) A perda de controlo das reacções à ameaça, reforça a noção de estar a ser vítima de forças externas e internas sobre as quais não tem controlo; (5) Essa sensação de perda de competência mais faz temer quanto à existência de um "distúrbio interno", levando o paciente a procurar a assistência de alguém que cuide dele; (6) A ansiedade intensa na situação ameaçadora pode aumentar, até surgir um ataque de pânico e gera um desejo muito forte de fugir da situação e voltar a um lugar seguro, geralmente a casa; (7) A casa, ou um lugar equivalente, representa a segurança dos perigos do exterior, pelo que o paciente experiencia uma grande resistência a aventurar-se a sair outra vez ou sente-se ansioso se tem que o fazer; (8) As inibições múltiplas, as tendências submissas e uma avaliação negativa de si, minam a auto-confiança e levam a um desequilíbrio nas relações com os outros em que sente que está a ser dominado por eles. Num cenário típico, o indivíduo percebe-se como estando a ser reprimido pela pessoa de quem depende para lidar com os perigos que o rodeiam.

A interpretação dos sintomas como uma ameaça à vida, um sinal de doença mental ou de incapacidade de funcionamento, contribui para a sua intensificação e o facto de o paciente não ser capaz de travar a sua

progressão, confirma a crença da sua extrema gravidade. Por sua vez o medo mais intenso conduz a um aumento de intensidade da ansiedade e dos sintomas somáticos, gerando-se um ciclo vicioso. O sujeito com agorafobia não faz apenas interpretações negativas dos sintomas, mas prediz as consequências piores possíveis, desempenhando o imaginário um papel importante nesta psicopatologia (Beck & Emery, 1985).

O modelo cognitivo da agorafobia considera que o contexto cognitivo prevalecente é a vulnerabilidade, desde a percepção de perigo externo e interno, à perda de eficácia interpessoal. Isto significa que quando um sujeito com agorafobia se aproxima de uma situação fóbica, a olha num contexto de vulnerabilidade, antecipando que alguma aflição está para lhe acontecer. Quando está na situação acredita que se pode desenvolver um distúrbio grave, em virtude da concepção do paciente de que quando está só, fica vulnerável a uma repentina desordem emocional, mental ou médica grave. Acredita ainda que essa desordem pode ser remediada, diminuindo as sensações somáticas, se tiver um acesso rápido a um lugar de segurança, como a casa, o médico ou o hospital. Beck e Emery (1985) sublinham que um paciente envolvido na situação agorafóbica opera com os seguintes princípios: (1) um distúrbio esmagador pode ocorrer a qualquer momento; (2) não há nada que eu possa fazer para afastar ou mitigar essa ocorrência; (3) se eu tivesse acesso a um especialista ou a alguém que me ajudasse, podia evitar ou reduzir as terríveis consequências; (4) qualquer sensação particular, como dores abdominais, pode ser sinal desse processo devastador; (5) se o processo não é travado, pode-se acelerar no sentido de um desastre fatal, como a morte.

O sujeito com agorafobia está então, preocupado com o livre movimento e o acesso a ajuda, identificando na mobilidade uma recompensa para si próprio, dado que se trata da liberdade, auto-determinação e individualidade; entretanto qualquer limitação provocada por um objecto animado ou inanimado, fá-lo sentir bloqueado, emperrado, imobilizado. Os autores que temos vindo a referir levantam a hipótese de que o medo tão proeminente de perder o controlo esteja associado, em

parte, ao reconhecimento de um impulso para quebrar as regras de comportamento convencionais, como por exemplo, ter actos insensatos, destrutivos, ou fantasias de flagrantes sexuais.

Existe assim, um conflito agorafóbico à volta da dependência, autonomia e controlo. Por um lado, desde que a pessoa acredita que não pode lidar sozinho com os perigos do mundo exterior, é impelida a obter ajuda de uma figura de suporte; por outro lado, procurar socorro pode levá-lo a render-se à soberania de outra pessoa, diminuindo a possibilidade de reivindicar liberdade. As pessoas com agorafobia ficam, assim, apanhadas num ciclo entre a expectativa de auto-suficiência e a necessidade de ajuda. Como a auto-suficiência é frustrada, a dependência aumenta e, concomitantemente, aumenta o medo de ser dominado pelo outro. Os pacientes com agorafobia parecem, assim, hipersensíveis a configurações "espaciais" demasiado restritas ou demasiado amplas, não só no que diz respeito aos espaços físicos, como também aos das relações interpessoais (muito íntimas ou distantes).

2.5 A Teoria de Mathews e MacLeod e a Agorafobia: Um Modelo de Processamento de Informação

A partir da afirmação de Beck de que as desordens emocionais reflectem um estilo cognitivo idiossincrático, Mathews e MacLeod (1987) iniciam os seus trabalhos sobre as bases cognitivas da ansiedade. Como os próprios autores enfatizam

It would be impossible to discuss the cognitive bases of anxiety without first acknowledging the seminal contribution of Aaron Beck, who has consistently argued that emotional disorders reflect idiosyncratic cognitive style" (Mathews & MacLeod, 1987, p.105)

A experiência clínica e os estudos de Beck (1976; Beck & Emery, 1985) revelam que os indivíduos com desordens de ansiedade apresentam uma componente ideacional característica, com cognições centradas na temática do medo e ameaças físicas ou sociais e que esses estados de ansiedade derivam e mantêm-se, exactamente, através da codificação selectiva, elaboração, armazenamento e recuperação da informação relacionada com o perigo pessoal. Estas ideias careciam, no entanto, de evidência empírica e precisão quanto ao tipo das idiossincracias envolvidas nas operações cognitivas e responsáveis pelos respectivos enfiamentos no processamento de informação. Mathews e MacLeod (1987) propõem uma abordagem do processamento da informação para ansiedade,

baseado na numerosa investigação experimental desenvolvida neste domínio.

Como comentara Varela (1989) os autores não colocam directamente a questão do significado, considerando os símbolos significantes e materiais; à imagem do computador respeita-se o significado dos símbolos, manipulando apenas a forma física. Segundo Mahoney (1991) na perspectiva computacional o significado emerge das associações momentâneas com as experiências sensoriais prévias, tratando-se do que o autor designa por associacionismo físico.

Contudo, a introdução do paradigma experimental fornece, no quadro do cognitivismo clássico e através do estudo controlado de mecanismos cognitivos específicos, uma valiosa contribuição quanto à forma como a informação é processada nos sujeitos com distúrbios de ansiedade.

Efectivamente, no contexto de um período inicial da revolução cognitiva, as ciências humanas, afastando-se do objectivo central de compreender como é que o indivíduo constrói significados, deixaram-se seduzir pelos progressos nas ciências da computação e começaram a deslocar a ênfase dos conceitos de "significado" para "informação" e de "construção" de significado para "processamento" de informação. Emergia, assim, a metáfora do computador como modelo da mente humana e a imposição das respectivas teorias de processamento da informação como princípio de organização do conhecimento.

O funcionamento dos processos mediacionais são explicados com base num paradigma sensorial da mente, bem presente nas definições de psicologia cognitiva e cognição que inicialmente marcaram e nortearam as investigações neste domínio. A ideia central é de que a informação vem dos estímulos e entra nos órgãos dos sentidos através de várias transformações e que existem um conjunto de processos (cognições) pelos quais as "entradas" sensoriais são elaboradas e usadas. A analogia teórica entre a actividade mental e o programa que corre nos computadores, levou os modelos cognitivos a importar a linguagem característica da informática e a conceber a existência, por um lado, de

estruturas de armazenamento da informação e, por outro lado, de um conjunto de processos pelos quais a informação vai sendo transferida, distinguindo operações de selecção, transformação, codificação, armazenamento e comparação. Com efeito, os trabalhos dos psicólogos cognitivos, interessados pelos fenómenos cognitivo-perceptivos, como a atenção, a percepção e a memória, foram-se desenvolvendo, inicialmente, em torno das questões de selecção, codificação e forma de recuperação da informação numa perspectiva linear da organização do conhecimento.

O *self* passa, então, a ser visto como uma estrutura cognitiva de processamento da informação, que lhe permite representar de forma idiossincrática uma realidade que é, à semelhança do que acontecia no comportamentalismo, considerada objectiva e absoluta. É esta concepção de uma realidade objectiva, mas representada subjectivamente, que permite conceptualizar a disfunção psicológica, como desvios na representação dessa realidade, na consequência de erros ao nível do processamento da informação.

Esta conceptualização da disfunção psicológica fomentou o interesse pelo conhecimento das especificidades do processamento cognitivo nos diferentes distúrbios psicopatológicos, o que suscitou uma convergência de interesses entre psicólogos experimentais e clínicos, favorecendo a utilização de métodos laboratoriais com populações clínicas específicas.

Neste contexto, desenvolveram-se vários estudos experimentais sobre o modo como a prevalência das emoções interferem no processamento da informação, sobretudo em relação à ansiedade, destacando-se os trabalhos realizados por Mathews e a sua equipa, dos quais passaremos a descrever algumas experiências que favorecem a compreensão do modelo que propõe.

Os estudos da equipa de Mathews (entre outros, Mathews & MacLeod, 1985, 1986, 1987; Butler & Mathews, 1983; Eysenck, MacLeod & Mathews, 1987; Mogg, Mathews & Weinman, 1987), tinham como objectivo central analisar as características essenciais das operações

cognitivas em situações de ansiedade, caracterizadas pela predominância da emoção de medo. Em todos os estudos contrastam sujeitos com ansiedade generalizada com "sujeitos controlo" e analisam se os estados de ansiedade estão associados com um enviesamento no processamento selectivo da informação relacionada com ameaça, em cada um dos três domínios gerais do processamento de informação: atenção e codificação da informação, elaboração e interpretação, armazenamento e recuperação da memória.

Para o estudo da saliência perceptiva de estímulos com conotação emocional pertinente para a ansiedade, foi utilizado o paradigma experimental da atenção selectiva. Partindo do pressuposto de que o processamento da informação ocorre de modo parcial, através de uma hierarquia de estruturas, onde a informação vai sendo progressivamente trabalhada (até atingir estruturas mentais superiores), a atenção refere-se ao processo de selecção de informação. O conceito de atenção selectiva "é normalmente usado para referir o processo / mecanismo que determina quais os estímulos do meio que são sujeitos a processamento" (Maia, 1990, p.104).

Mathews e MacLeod (1985) partindo do pressuposto de que os estados de ansiedade generalizada estão associados com um processamento selectivo de indicadores de ameaça, investigaram o processamento selectivo, utilizando uma versão modificada da Tarefa de Nomeação-de-cores de Stroop, em que as palavras escritas a diferentes cores, se referiam nuns casos a ameaças e noutros a conteúdos sem qualquer conotação de perigo ("palavras neutras") e tendo como hipótese que os sujeitos ansiosos demoravam mais tempo a dizer as cores do que os sujeitos controlo. A experiência foi realizada com vinte e quatro sujeitos com um distúrbio de ansiedade generalizada e vinte e quatro sujeitos controlo (não ansiosos), a quem eram apresentados cartões com vinte e quatro palavras de ameaça - doze de ameaça física e doze social - e vinte e quatro palavras neutras, escritas em três cores diferentes, pedindo-se ao sujeito para dizer as cores das palavras o mais depressa possível, sem erros e sem prestar atenção ao conteúdo das palavras. Tendo presente

que os efeitos de interferência são revelados pelas diferenças de velocidade na nomeação das cores, os resultados mostraram que os sujeitos ansiosos foram, na generalidade, mais lentos a nomear as cores e que, enquanto nos sujeitos controlo não se registou uma diferença significativa do tempo requerido para palavras ameaçadoras e não-ameaçadoras, os sujeitos ansiosos demoravam significativamente mais tempo a dizer o nome da cor das palavras com conteúdo ameaçador. Estes resultados confirmam que os sujeitos ansiosos processam selectivamente os indicadores de ameaça, mesmo quando instruídos a ignorá-los.

No sentido de determinar se estes resultados se podiam atribuir a características cognitivas dos sujeitos, os autores relacionaram a interferência observada com a natureza das preocupações individuais. No caso das palavras de ameaça física, a interferência foi notoriamente mais marcada nos sujeitos cuja preocupação preponderante pertencia a esse domínio. Já no caso das palavras de ameaça social, todos os sujeitos ansiosos se mostraram perturbados, embora mais intensamente os sujeitos cuja maior preocupação era a ansiedade social. Estes dados sugerem assim, efeitos específicos de acordo com a preocupação preponderante, ou seja, uma relação entre o tipo de palavra que produz a interferência e o tipo de preocupação expressa pelo sujeito.

Examinando ainda esta interacção com vários índices emocionais, foi possível constatar que a magnitude do efeito de interferência estava significativamente correlacionado com uma medida da ansiedade de estado. Sendo assim, os autores concluíram que o efeito de interferência dependia da interacção de dois factores, que são a conjugação do tipo de material com as preocupações do indivíduo e a intensidade da ansiedade experienciada no momento. Por outras palavras, a análise dos resultados no seu conjunto, evidenciou que o conteúdo individual do esquema de perigo determina o tipo de material que é selectivamente processado, enquanto que a intensidade dessa interferência depende do nível corrente de ansiedade. Os autores apresentam como perspectiva explicativa a coexistência de dois fenómenos: o processamento enviezado de indicadores de medo dá origem directamente à interferência e a activação

emocional derivada da percepção de palavras relevantes interfere com a tarefa, perturbando a atenção.

Estudos anteriores tinham também realçado a existência de uma sensibilidade perceptual dos ansiosos a indicadores de medo, nomeadamente a investigação realizada por Burgess, Jones, Robertson Radcliffe e Emerson (1981) com sujeitos fóbicos e agorafóbicos. Continuava, no entanto, sem se saber se se tratava de uma hipervigilância deliberada ou de um mecanismo automático a funcionar a nível da pré-atenção.

Uma forma de investigar esta problemática foi verificar se os efeitos de interferência persistiam quando o estímulo ameaçador fosse apresentado fora do campo de consciência do sujeito, o que indicaria que eram fruto de um enviezamento automático.

Para este efeito, os estudos experimentais de atenção selectiva recorreram a outra metodologia designada de audição dicótica. O paradigma de audição dicótica, baseado nos trabalhos de Cherry (citado por Maia, 1990), consiste na apresentação ao sujeito de duas mensagens de prosa em simultâneo, uma em cada ouvido, pedindo-se para ele sombrear (repetir alto) a mensagem apresentada num ouvido, considerado canal atendido, excluindo a mensagem apresentada ao outro ouvido, designado por canal não atendido. Depois é ainda pedido para o sujeito detectar determinadas palavras chave inseridas em cada mensagem, acontecendo, geralmente, que os sujeitos as detectam no canal atendido e têm dificuldade em detectá-las na mensagem não atendida, salvo palavras invulgarmente salientes ou com um grande significado emocional.

Mathews e MacLeod (1986) usaram a metodologia da audição dicótica na investigação que realizaram sobre a discriminação de indicadores de ansiedade na ausência de consciência. A experiência decorreu com dezasseis sujeitos ansiosos e dezasseis sujeitos controlo, expostos à audição dicótica de listas de substantivos e adjectivos relacionados e não relacionados com ameaça, seguindo histórias apresentadas na primeira e na terceira pessoa, enquanto que, ao mesmo tempo, realizavam uma tarefa de tempos de reacção. Os sujeitos ansiosos,

em contraste com os sujeitos controlo, manifestaram um tempo de reacção superior quando a palavra da mensagem não atendida tinha um conteúdo ameaçador e nenhum dos grupos conseguiu recordar as palavras que tinham sido apresentadas. Os autores interpretaram estes resultados, afirmando que os sujeitos ansiosos dispõem fontes de processamento desproporcionadas com material que sugere ameaça, mesmo quando não estão conscientes dessa sua natureza.

Estudos posteriores centrados na direcção da atenção, vieram clarificar que o viés introduzido no processamento selectivo deriva de estados precoces do processamento, em que os sujeitos ansiosos dirigem a sua atenção para os estímulos ameaçadores, favorecendo a aquisição de informação relacionada com esse tema (inversamente ao processo de inibição na codificação da informação ameaçadora apresentado pelos sujeitos não ansiosos).

Em síntese, os sujeitos com desordens de ansiedade generalizada tendem a um enviesamento automático da atenção, no sentido de facilitar a aquisição de elementos ameaçadores, face a estímulos concorrentes do meio exterior; a que directamente associamos a perspectiva de um mundo perigoso e ameaçador a que se refere Guidano e os outros autores que até agora apresentámos. Com efeito, Mathews e MacLeod (1987) referem

we may speculate that anxious individuals perceive the world as a very threatening place, and this perception may well play a role in elevating or maintaining their anxiety state (p.110).

No domínio das operações cognitivas de elaboração e inferência, uma metodologia que se tem demonstrado muito útil, consiste na resolução de ambiguidades face a estímulos susceptíveis de serem interpretados como ameaçadores ou não-ameaçadores. A investigação descrita por Eysenck, MacLeod e Mathews (1987) pretende verificar o efeito da ansiedade na resolução de ambiguidades, para o que é apresentada oralmente aos sujeitos uma lista de cinquenta e seis palavras,

metade neutras, no sentido em que só têm uma interpretação e a outra metade homófonas, isto é, passíveis de uma interpretação ameaçadora e outra não ameaçadora. A tarefa dos sujeitos consiste em escrever a primeira palavra que lhes vem à mente após a audição. Os sujeitos ansiosos produziram significativamente mais palavras congruentes com uma interpretação ameaçadora do que os sujeitos não ansiosos e a extensão do enviesamento estava significativamente correlacionado com os valores da ansiedade de traço.

Parece então, que os indivíduos ansiosos face a situações ambíguas tendem a interpretá-las de um modo relativamente ameaçador. De acordo com Mathews e MacLeod (1987) é presumível que esses acontecimentos ambíguos sejam depois armazenados na memória com o significado mais ameaçador e possam influenciar a interpretação de acontecimentos subsequentes. A propósito destacamos os resultados da experiência realizada por Butler e Mathews (1983), em que era pedido aos sujeitos uma estimativa da probabilidade de ocorrência de uma variedade de acontecimentos futuros hipotéticos, positivos e negativos (como por exemplo acontecimentos ameaçadores). Verificaram que os sujeitos ansiosos, não diferindo dos outros quanto à estimativa da probabilidade de ocorrência dos acontecimentos positivos, consideravam a possibilidade de acontecimentos negativos como significativamente mais provável do que os sujeitos controlo. Assiste-se, assim, a uma inflação generalizada do risco subjectivo num conjunto de acontecimentos, demonstrando a tendência para sobrestimarem o perigo pessoal. Quando os autores comparam as estimativas feitas relativamente ao próprio ou em relação a ocorrer com outra pessoa, constata-se que os sujeitos ansiosos, enquanto que para os acontecimentos positivos não estimam de forma diferenciada, em relação aos acontecimentos negativos ameaçadores, em particular relativos a ameaças graves à saúde, consideravam mais provável acontecer a si próprios do que a qualquer outra pessoa. Ou seja, nos sujeitos ansiosos o risco subjectivo para o próprio é percebido como maior do que para outra pessoa. Isto sugere que os indivíduos ansiosos para além de percepcionarem o mundo como

um local perigoso, se vêem a si próprios como particularmente vulneráveis a esses perigos.

Em suma, os sujeitos ansiosos e especificamente os sujeitos com agorafobia apresentam um enviezamento na codificação e na interpretação da informação, o qual justifica o sentimento de risco pessoal que os caracteriza ou a fragilidade de que tanto nos fala Guidano, bem como, Lorenzini e Sassaroli ou a noção de vulnerabilidade nas palavras de Beck. A natureza desse enviezamento sugere que esses indivíduos irão continuar a adquirir selectivamente a informação relacionada com perigo pessoal, a qual se pode organizar em estruturas cognitivas coerentes, que, por sua vez, irão influenciar a codificação e interpretação da informação subsequente.

Um outro domínio de investigação relevante para a discussão da hipótese de existir um “esquema de perigo” nos ansiosos (tal como propunha o modelo cognitivo de Beck & Emery), foi desenvolvido por Mogg, Mathews e Weinman (1987) acerca de um enviezamento na recordação de informação. Os autores propunham-se investigar se os sujeitos ansiosos recordavam selectivamente informação negativa auto-referente e se esse viés era mais acentuado para conteúdos ameaçadores. A experiência foi realizada com dez sujeitos ansiosos e dez não ansiosos, aos quais foram apresentados auditivamente oitenta adjectivos, metade com conteúdo não ameaçador e metade com conteúdo ameaçador, equitativamente da auto-estima e da saúde. E ainda, metade dos adjectivos com conotação positiva e metade com conotação negativa eram autoreferentes, reportando-se os outros a uma personagem da televisão. No final da apresentação era pedido aos sujeitos uma prova de evocação livre e outra de reconhecimento, em que, respectivamente, os sujeitos escreviam todas as palavras de que se lembravam e depois identificavam, num conjunto de cento e sessenta adjectivos (os oitenta eram misturados com outros oitenta com características similares), os que tinham feito parte da lista inicial.

Relativamente aos resultados poucas diferenças foram observadas

entre os grupos, verificando-se em ambos um viés de recordação para as palavras autoreferentes e que os sujeitos ansiosos recordaram significativamente mais adjectivos positivos, ao contrário do que era esperado e sugerindo que os ansiosos têm pior memória para material ameaçador do que não ameaçador. Outras experiências de Mathews e MacLeod (1987) confirmaram estes resultados no que concerne à memória a curto prazo, em que os sujeitos não ansiosos recordavam mais material ameaçador do que os sujeitos ansiosos, diferença que se inverte na recordação a longo-prazo. Segundo os autores, estes resultados põem em causa o modelo de esquema da ansiedade que prevê um viés em todos os estádios de processamento. Sugere antes, a existência de um processo inibitório na ansiedade que interfere com a recordação ou, mais precisamente, tendo em conta as diferenças de resultados na recordação a curto termo e a longo termo, parece existir uma superioridade para a recordação de material ameaçador, mascarada na memória a curto termo por alguns processos inibidores. Esta inibição nos últimos estádios do processamento responsável por grandes dificuldades na recordação da informação ameaçadora, poderá então corresponder a uma tentativa de evitamento cognitivo, consistente com o evitamento comportamental, tão frequentemente observado nos sujeitos ansiosos.

Sintetizando os resultados das várias experiências realizadas no âmbito do paradigma cognitivo experimental, Mathews e MacLeod (1987) e Eysenck, MacLeod e Mathews (1987) propõem o modelo de processamento de informação nos distúrbios da ansiedade, para explicar como é que os sujeitos ansiosos significam os acontecimentos, o que apresentamos, sucintamente, em seguida.

Os sujeitos com agorafobia processam selectivamente indicadores de ameaça. Trata-se de um enviezamento que opera de modo contrário em diferentes momentos do processamento: inicialmente há um deslocamento dos recursos para facilitar a aquisição precoce de informação relacionada com ameaça, depois uma interpretação da possibilidade mais ameaçadora face a situações futuras e ambíguas e, finalmente, uma

inibição da memória no que concerne a significados ameaçadores, indicativas de um evitamento cognitivo nos últimos estádios de processamento.

Em conclusão, este modelo¹ sugere a existência de estilos idiossincráticos de processamento cognitivo, estando as desordens de ansiedade principalmente associadas ao modo como a informação é adquirida, como são construídos os acontecimentos e como são avaliadas as probabilidades de riscos futuros. Interpretação notoriamente consonante com a associação da ansiedade a medos por antecipação para que nos chama a atenção Beck, bem como, com as dificuldades na eficácia desse exercício de antecipação, em que se focaliza a formulação de Lorenzinni e Sassaroli. A ansiedade está ligada a mecanismos cognitivos de distribuição de recursos que actuam quando o sujeito é confrontado com estímulos em concorrência, despoletando uma cedência de recursos "desproporcionados" para o processamento da informação mais ameaçadora. O viés observado é portanto, no sentido de um enfoque não consciente e consciente na ameaça, tornando-se a vivência dos ansiosos dominada pelo "perigo".

2.6 O Modelo de Auto-Regulação de Bandura e a Agorafobia

Em relação à experiência dos sujeitos com agorafobia, já também Bandura sublinha a onnipresença angustiante de pensamentos antecipatórios de desgraça, justificados pela percepção de ineficácia em se controlar a si próprios face a situações de risco.

No contexto de uma perspectiva cognitivo-social, Bandura (1986 b) apresenta uma explicação da agorafobia através do modelo de auto-regulação que se inscreve no paradigma clínico do autocontrolo, segundo o qual o indivíduo é, simultaneamente, sujeito e objecto do processo de autocontrolo (controla e é controlado). A propósito, Rehm e Rokke (1988) referem:

individuals can behave essentially as if they were two persons - a controlled person, who is acting in an environment and responding to a variety of internal and external cues and consequences, and secondly a controlling person who is capable of manipulating internal and external cues and consequences for the purposes of obtaining some long range goals. (p.137)

O autocontrolo refere-se a tácticas e procedimentos do indivíduo para regular os processos comportamentais e cognitivos, cuja eficácia

depende do seu conhecimento e controlo das contingências do meio. Como sublinham Thoresen e Mahoney (1974) o termo de autocontrolo, embora seja com frequência interpretado como sinónimo de "restrição", assume agora o significado de relação entre o comportamento da pessoa e o meio (interno e externo), estando na base da verdadeira liberdade pessoal, escolha e auto-determinação. Sobressai, assim, a ênfase no carácter auto-referenciado e auto-regulado de todo o processo de aprendizagem e mudança.

Bandura (1986 b) considera que o comportamento é regulado pelos resultados externos, mas que são as capacidades auto-dirigidas dos seres humanos que lhe permitem, a partir das consequências, exercer algum controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e acções. Por outras palavras, o significado é centrado nas consequências e dirige a intencionalidade do ser humano através da auto-regulação. Especificamente, do seu trabalho extensivo acerca dos factores cognitivo-sociais que influenciam o comportamento, destaca o papel da auto-eficácia, que passa a constituir um construto principal no seu modelo.

Neste sentido, Bandura (1986 a) defende que os "talentos" das pessoas são em parte determinados pelas suas crenças quanto a como serão capazes de "orquestrar" as aptidões, no confronto com realidades em contínua mudança. A percepção de eficácia opera assim, de acordo com outros mecanismos, na regulação do comportamento, podendo a percepção de ineficácia gerar disfunções psicológicas.

As disfunções que conduzem à fobia podem ocorrer, segundo Bandura (1986 b), em qualquer dos subprocessos auto-regulatórios: no modo como as experiências pessoais são monitorizadas e processadas cognitivamente, nos critérios auto-avaliativos que são adoptados e nas reacções avaliativas ao seu próprio comportamento.

Bandura (1986 a) desenvolve uma investigação com fóbicos, baseado no pressuposto de que a iniciação e regulação das transações com o meio são, em parte, determinadas pelo julgamento de auto-eficácia, tendo os sujeitos tendência a evitar situações que consideram exceder as suas capacidades de confronto e a empenharem-se em actividades

que julgam ser capazes de aguentar. Considerando assim que a auto-eficácia percebida prediz a acção, realizou duas experiências para testar se a percepção de auto-eficácia opera como mediador cognitivo dos comportamentos de confronto e da emergência do medo. Numa amostra de fóbicos, induziu, por estratégias de modelagem, diferentes níveis de auto-eficácia, considerou diferentes formas de comportamento de confronto e usou planos experimentais inter e intra-grupo, chegando a resultados confirmatórios da hipótese inicial, ou seja, quanto maior o nível de auto-eficácia percebida, menor era a ansiedade antecipatória e de realização que os sujeitos experimentavam. Isto sugere que os fóbicos terão uma baixa percepção de auto-eficácia face a situações de risco.

De acordo com a teoria da auto-eficácia, a percepção de ineficácia em lidar com acontecimentos potencialmente aversivos despoleta expectativas de medo e comportamentos de evitamento. Os fóbicos julgam-se a si próprios como ineficazes em exercer o controlo sobre potenciais ameaças, encarando-as com ansiedade e acreditando que os seus esforços de confronto, irão provocar reacções adversas. O nível mais profundo de ineficácia pessoal envolve, assim, uma percepção de vulnerabilidade, ideia também central em Beck, quanto à perda total de controlo, a qual eles acreditam que os vai deixar indefesos. Trata-se, portanto, não de inseguranças acerca de competências de confronto específicas, mas de uma percepção de ineficácia em se controlar a si próprio. Em consequência, os sujeitos com agorafobia rapidamente "abortam" quando não sabem como lidar com situações imprevisíveis que possam surgir. Têm também relutância em desenvolver actividades que são capazes de realizar, porque temem que esse encontro possa ascender a um nível que exceda as suas competências. Atitudes que nos remetem para o "fechar" do círculo de previsibilidade e conforto tão exaustivamente comentado por Sassaroli e Lorenzini, como atrás vimos. Sob uma interpretação nuanceada em relação a esses autores, também Bandura (1986a) destaca, como resultado desses posicionamentos que as vidas dos sujeitos ficam restringidas por um evitamento defensivo de actividades sociais, recreativas e vocacionais que possam expô-los a

ameaças, mesmo que numa remota possibilidade. Eles estão repetidamente atormentados por pensamentos angustiantes e ruminações intrusivas acerca de possíveis desgraças.

2.7 A Teoria de Capps e Ochs e a Agorafobia

A teoria que estes autores nos propõem quanto à significação agorafóbica tem, como circunstâncias particulares, o facto de emergir de um *estudo de caso* explorado em profundidade, através da análise narrativa.

Nas observações domiciliárias e múltiplas narrativas que Capps e Ochs (1995a, 1995b) registaram nos seus trabalhos é também uma constante a referência a ruminações e pensamentos angustiantes quanto à repetição de acontecimentos passados de “desgraça”, como atrás referia Bandura e a prisão com antecipações de riscos e perigos que preenchem e tornam esgotante o dia de um sujeito com agorafobia. No lugar seguro da sua casa, só aparentemente em sossego, os sujeitos gastam a maioria do seu tempo a recordar detalhadamente as experiências de pânico e a antecipar a sua hipotética ocorrência em situações similares. A história, parece assim, ter propensão para se repetir a si própria, para voltar em momentos inesperados e indesejados, dominando a experiência presente e mantendo-se pronta para reaparecer no futuro. Os autores consideram que são, exactamente, as reconstruções psicológicas em torno dos episódios de ansiedade que mantêm a agorafobia e colocam a questão de compreender, sob o ponto de vista narrativo, como é que essas emoções arrepiam, invadem e, por vezes, dominam o presente, em vez de serem

linguística e psicologicamente mantidas à distância. Por outras palavras, encontravam-se interessados em analisar como é que uma pessoa com agorafobia utiliza a gramática para recriar sistematicamente as experiências emocionais que definem essa sua "identidade" psicopatológica.

Nesse sentido, Capps e Ochs (1995) realizaram um estudo, a partir de uma grande variedade de registos e transcrições de relatos de experiências de pânico, com o objectivo de compreender as dimensões de conteúdo e gramática das suas narrativas, através de um processo indutivo de abstracção das comunalidades entre os seus elementos.

Ao definirem o seu trabalho no contexto teórico da abordagem narrativa, assumem como centrais os seguintes pressupostos: (1) a narrativa constitui, de acordo com as palavras dos autores, "a socially organized telling of temporally ordered events in one's life from a particular evaluative perspective" (Capps & Ochs, 1995b, p.411), definição que inscrevem na tradição de Goffman, 1959; Labov & Waletzky, 1967; Polanyi, 1979; Ricouer, 1988, Stein & Policastro, 1984 M.H. Goodwin, 1991 (citados pelos autores); (2) a linguagem não reflecte apenas emoções, acções e identidades mas procura constituí-las como realidades públicas, momento a momento, ao longo da vida social; (3) as narrativas de qualquer pessoa são afectadas por todos aqueles com quem está em interacção, sendo sempre o discurso construído colaborativamente; (4) os sentimentos e comportamentos relacionados com o pânico são expressos através do que as pessoas dizem e da forma como o dizem; (5) investigar as estruturas linguísticas e o seu papel na construção da ansiedade fornecerá uma visão pertinente para a compreensão das pessoas com agorafobia; (6) as narrativas expressas tanto na comunicação entre a família como nas entrevistas realizadas são co-construídas pelos interlocutores presentes, embora uns possam assumir papéis mais activos do que outros; (7) qualquer narrativa, seja ela histórica, científica ou pessoal pode ser vista como uma teoria sobre os acontecimentos; (8) as narrativas analisadas nestes estudo apresentam teorias das emoções, dos seus antecedentes e consequentes, acerca do *self* e dos outros, acerca de

normalidade e anormalidade, de racionalidade e irracionalidade, constituindo as perspectivas sobre o mundo que organizam as experiências no passado, no presente, no futuro e na fantasia.

O caso estudado pelos autores envolveu um sujeito com agorafobia com história de pânico, do sexo feminino, identificado como Meg, com 36 anos, casada, com dois filhos e de um nível sócio-económico médio. Na altura do estudo Meg estava essencialmente em casa, sendo apenas capaz de circular em algumas ruas e com uma distância circunscrita em relação à casa. Os autores sublinham na definição da agorafobia o medo de qualquer lugar em que a pessoa se possa sentir só (como também sublinhavam Lorenzini e Sassaroli) e vulnerável ao medo e ao pânico, de acordo com a proposta de Goldstein e Wolpe (citados por Capps & Ochs, 1995). Acentuam que, apesar de ser possível sentir medo de vir a ter um ataque de pânico sem nunca o ter experienciado, a maioria das pessoas com agorafobia já tiveram alguma crise de pânico, pelo que se justifica o estudo da sua significação através desses momentos críticos.

A recolha de dados inseriu-se num modelo de estudo etnográfico, tendo incluído 26 meses de observação participante no contexto da família, com gravações audio e vídeo das interacções familiares em situações como as refeições ou momentos de lazer; entrevistas não-estruturadas audiogravadas com a Meg e conjuntamente com a Meg e a filha mais velha de 11 anos, em que o entrevistador definiu o seu papel através de uma atitude mais de simpatia do que clínica. As entrevistas com a Meg tinham como objectivo explorar o modo como ela se descrevia a si própria, recordando os sentimentos que através da vida sustentavam essa descrição. Nas entrevistas conjuntas com mãe e filha o objectivo consistia em abordar com as duas experiências passadas que lhes tivessem ficado marcadas como significativas. A partir desses registos os autores seleccionaram para a análise narrativa 14 entrevistas, sendo 12 só com a Meg, uma com ela e com a filha e uma de interacção familiar durante uma refeição, tendo todas obedecido ao critério de corresponder a relatos em que a Meg era a principal interlocutora, bem como ao critério de se centrar numa experiência que a própria relaciona com pânico, (variando

entre sentimentos de ansiedade e crises de pânico propriamente ditas).

As narrativas são analisadas pelos autores em duas dimensões: (1) a organização sequencial (que envolve as características do contexto, o acontecimento problemático, as respostas psicológicas, as tentativas para resolver a situação e as consequências); (2) as características gramaticais e lexicais da narrativa, associadas ao desencadear, à experiência e ao desfecho dos episódios de pânico (incluindo, por exemplo, locativos, verbos mentais, verbos de comunicação, intensificadores, negação, construções "em tentar algo", construções adverbiais que denotam surpresa e incompreensibilidade).

Quanto à organização sequencial, os autores afirmam as características estruturais são globalmente as mesmas em qualquer história da experiência pessoal, evidenciando-se como componentes dos episódios de pânico três elementos narrativos que formam um núcleo dramático: (a) um acontecimento problemático que desencadeia a resposta de pânico; (b) a resposta de pânico e o sujeito ficar dominado pelas emoções e fragilidade; (c) uma série de tentativas para escapar à situação, incluindo a expressão explícita do desejo a atingir. Em síntese, esta constitui a teoria de pânico mais comum, em que a narrativa do protagonista explicita a atribuição causal do episódio de pânico a um acontecimento precipitante, eventualmente seguido de tentativas falhadas da sua resolução.

Para além desta teoria, sobressai dos episódios de pânico uma dinâmica em espiral, em que as respostas psicológicas e comportamentais aos acontecimentos problemáticos são construídas como problemas em si próprias gerando uma espiral de problemas interconectados e respostas frustradas.

Quanto às características gramaticais da narrativa, os autores afirmam que o momento emocionante do pânico é gramaticalmente construído através de uma série de formas morfossintáticas, as quais analisam aprofundadamente no seu estudo de caso. Nessa análise de construção gramatical do pânico aprofundam componentes narrativas, como a gramaticalização da fragilidade, os antecedentes comunicativos

do pânico e os seus resultados comunicativos. Exemplos do repertório gramatical das narrativas da Meg indiciam que o pânico surge inesperadamente, marcando um aumento de intensidade na preocupação consigo própria e que as suas experiências de pânico não se encontram resolvidas mas continuam a invadir e a dominá-la no presente e nas suas narrativas (por exemplo conta essas experiências usando o presente e refere-se a locais fisicamente distantes em que o pânico emergiu como "aqui").

Tendo em consideração a estrutura discursiva e gramatical das narrativas de Meg, os autores deste estudo desenvolvem uma narrativa protótipo do pânico, a qual passaremos a traduzir:

1. Um familiar ou amigo próximo propõe uma actividade futura envolvendo Meg;
2. Meg tem reservas em participar na actividade proposta mas não as comunica;
3. Meg acomoda-se a participar na actividade;
4. Meg experiencia sentimentos de pânico;
5. Meg conduz os outros a levá-la para outro lugar, comunicando o seu desconforto como justificação;
6. Meg identifica-se a si própria / é identificada pelos outros, como agorafóbica;
7. Meg evita o lugar onde teve o ataque de pânico e outros locais que lhe pareçam igualmente ameaçadores.
8. Quando confrontada com propostas que envolvam viajar para locais distantes, Meg declina o convite, referindo a sua agorafobia como justificação (Capps & Ochs, 1995, p.92).

Esta narrativa protótipo sugere a identificação de dois paradoxos centrais, possivelmente generalizáveis aos sujeitos com agorafobia.

Um primeiro que expressivamente os autores denominam "Out of Control Is in Control" (Capps & Ochs, 1995a, p.108) incide sobre a, simultânea, expressão de fragilidade associada à perda de auto-controlo e a capacidade de controlo sobre os outros, nos episódios de intensa ansiedade. A narradora descreve-se a si própria como frágil e

descontrolada durante os episódios de pânico, no entanto, as suas atitudes contrariam de algum modo essa perspectiva; a protagonista demonstra exercer um controlo considerável sobre a situação, na medida em que conduz a acção através do imperativo de precisar de sair do local. Este imperativo, embora não seja articulado dessa forma, é passível de ser analisado como uma reacção extremamente negativa, embora retardada, a participar na actividade proposta. Então, em “nome do pânico” o sujeito com agorafobia move a família ou amigos na direcção que deseja. Por outras palavras, o indivíduo comunica assertivamente as suas necessidades, e controla a acção dos outros para satisfazer os seus desejos, passando a fazer a “agenda” dos acontecimentos, a impor a sua vontade à dos outros e mesmo a determinar a actividade para todos, ou seja, não é apenas ele que se demarca da situação mas condiciona que a actividade em causa termine para aqueles que o rodeiam. Paradoxalmente, essa opção passa a ser seguida com toda a tolerância, uma vez que o próprio e os outros o identificam como agorafóbico, legitimando todas as cedências. Em suma, enquanto “agorafóbico” é visto como fraco e dependente o que o autoriza a rejeitar situações e mesmo a obter mais vantagens daqueles que o rodeiam, constituindo assim actos de controlo, os quais ficam camuflados pela imagem de fragilidade e de perda de controlo, suscitada pelo episódio de pânico.

Apesar da ideia de que a agorafobia tem uma função controladora da acção dos outros não ser nova (remete-nos inclusive para a questão dos benefícios secundários referidos a propósito desta perturbação pelas teorias psicodinâmicas), a análise deste autores procurar situar esse benefício no contexto da comunicação, sublinhando que os sintomas agorafóbicos são utilizados para evitar comunicar rejeições / reservas / desacordos em situações específicas. Com efeito, essa tentativa de controlar o protagonismo dos outros não se limita a atitudes específicas das situações de pânico. O sujeito com agorafobia, enquanto narrador que continua perpetuamente controlado pelo pânico, procura, através das características gramaticais da sua actividade de narração, controlar a sua audiência, tornando o momento crítico omnipresente. Curiosamente,

Meg parece não estar consciente da sua capacidade de exercer influência sobre os outros, assumindo apenas exercer esse poder quando se encontra em situações extremas de medo.

Segundo os autores (Capps e Ochs, 1995a, 1995b) esta dinâmica parece perpetuar o pânico, em virtude deste constituir uma incapacidade em exercer o controlo mas, finalmente, permitir uma forma poderosa de controlo.

Um segundo paradoxo que os autores intitulam como "It Is Rational to Act Irrational" (Capps & Ochs, 1995, p.110) gera-se em torno da racionalidade / irracionalidade do episódio de pânico. Por um lado, a experiência de irracionalidade do pânico associada a não ser "normal", por outro lado, o facto de ser precisamente durante esses episódios que a pessoa (como descrevera Meg) exprime sentimentos e toma atitudes mais consonantes com o seu bem-estar. As suas acções e sentimentos como protagonista principal do episódio de pânico são "normais" e "racionais". Meg relata, curiosamente, que nas circunstâncias imediatamente anteriores ao pânico é que actuou contra os seus interesses. Como comentam os autores, se actuar de acordo com os nossos interesses é uma medida de racionalidade, podemos considerar que o pânico não é irracional mas uma espécie de motor de uma lógica emocional que não é obtida pelo protagonista no curso "normal" dos acontecimentos.

Neste sentido, os sujeitos com agorafobia parecem ter, em geral, uma grande dificuldade em expressar sentimentos negativos ou actuar de forma a contrariar os desejos dos outros, sem ser sob pretexto da sua agorafobia ou incapacidade. O pânico serve como uma espécie de autorização para comunicar respostas negativas face a actividades propostas. O diagnóstico de agorafobia passa a ser utilizado rotineiramente como uma justificação racional para declinar convites e, finalmente, desencorajar os outros (familiares e amigos) a apresentar propostas. Isto sugere que as pessoas com agorafobia não apenas evitam participar em determinado tipo de actividades, como evitam comunicar o seu

desagrado acerca de uma proposta e, em função disso, negociar uma solução com os outros na sua vida. Com efeito, a manutenção da sintomatologia tem como função suprir uma dificuldade de comunicação dos aspectos desagradáveis em relação às situações, constituindo a forma indirecta mas legitimada de alcançar os objectivos, sem requerer qualquer negociação com os interlocutores, processo interpessoal em que o sujeito experimenta severas dificuldades.

Os autores concluem que a agorafobia constitui, assim, uma perturbação da comunicação que constrói uma série de relacionamentos.

Esta análise parece contribuir muito particularmente para a questão da dinâmica das relações interpessoais em sujeitos com agorafobia. Vários dos autores anteriormente referidos focam dificuldades a este nível, por eles sintetizadas na necessidade de um espaço óptimo, ou seja, na dificuldade destes sujeitos estabelecerem relações íntimas e, por isso, ficarem enredados na incongruência de relações simultaneamente superficiais e dependentes. Alguns autores (eg., Goldstein citado por Capps & Ochs, 1995b) chegam a considerar que os conflitos relacionais, em particular conjugais ou parentais estarão na base da situação de pânico. Pelo contrário, através da perspectiva fornecida pelos autores em estudo, o problema não se focaliza numa relação mas constitui uma perturbação da comunicação que atravessa os diversos relacionamentos destes sujeitos. De acordo com a análise que propõem constitui uma perturbação da comunicação, na medida em que os sentimentos de constrangimento e fragilidade são precedidos por um problema de comunicação recorrente e específico que os autores equacionam da seguinte forma:

an extreme reluctance to express reservations about participating in a proposed activity. Instead, the protagonist accommodates to unwanted proposals, and panics (Capps & Ochs, 1995, p.409).

Os relatos narrativos analisados neste estudo contribuem assim, para a reflexão sobre as raízes da agorafobia, sustentando um prisma relacional (e não individual), nomeadamente quanto a uma dificuldade

fundamental em comunicar os sentimentos negativos no momento oportuno e de um modo apropriado e efectivo. Trata-se assim de um evitamento de exprimir aos outros as reservas, procurando escondê-las num esforço de anuir com os interesses do outro, conseguindo assim, num primeiro momento da comunicação sacrificar os seus desejos aos do outro e até que os sentimentos de pânico tornem prioritário o seu próprio bem-estar. Parece então haver uma particular desadequação a balancear e negociar as suas vontades com as dos outros.

Quando esta forma de comunicação se situa exclusivamente na relação com uma pessoa, o que raramente acontece, poderá justificar-se atribuir a essa relação em particular a emergência da agorafobia; agora, quando essa “falsa” acomodação aos assuntos indesejados ocorre com um leque alargado de pessoas é preferível pensarmos que se trata de um impasse da comunicação.

Para terminar, aceitar que o pânico constitui o ponto de viragem entre uma posição de *acomodação* e *não acomodação* torna os sujeitos com agorafobia reféns de uma pesada herança. Como afirmam os autores “the usefulness of this warrant is far outweighed by devastating effects of restricted mobility and labeling oneself as disabled” (1995b, p.427). Ao apresentar a agorafobia como um pretexto genérico o sujeito está a poupar-se a contrariedades, mas está também a evitar confrontar-se com aquilo que pode ser a raiz do seu problema, tal como é narrativamente expresso.

Resumidamente, o narrador apresenta um conflito entre os dois relatos de pânico que traduz: um, que é colocado em primeiro plano nas suas histórias e que se enquadra na literatura clínica comum, associa o pânico a um local ou actividade imediata; um outro, subjacente às suas histórias, liga o pânico a um dilema da comunicação, centrado na dificuldade de comunicar a relutância face a propostas que comprometem a percepção de bem-estar do protagonista. Face a estas duas teorias alternativas, passíveis de serem integradas como múltiplas interpretações por outras pessoas, o sujeito com agorafobia não as relaciona, focalizando-se na primeira ao descrever as suas ansiedades e ignorando a segunda.

Com efeito, tornar conscientes as diversas teorias produzidas e a articulação entre elas poderá contribuir para o libertar do seu sofrimento psicológico (Capps & Ochs, 1995a).

Gostaríamos de sublinhar como todos estes modelos marcaram claramente o construção progressiva do conhecimento acerca da agorafobia e, apesar das mudanças no paradigma meta-teórico, diversas ideias centrais sobre o funcionamento dos sujeitos com esta perturbação, são visíveis na conceptualização da *organização de significados fóbica* proposta por Guidano e com que começámos esta abordagem.

Este último estudo apresenta particulares afinidades com o nosso projecto empírico, pela metodologia de construção indutiva de uma teoria a partir da análise de narrativas e muito especialmente pela especificidade do domínio teórico em que se baseia, a abordagem narrativa, sobre a qual nos passaremos a debruçar no capítulo seguinte.

3. Narrativas e Organização dos Significados

Retomando a questão da significação humana a que fizemos referência no primeiro ponto deste enquadramento teórico, passaremos a abordar a segunda dimensão central neste trabalho e que consiste na teoria narrativa em psicologia, no âmbito da qual iremos posteriormente investigar a problemática da agorafobia.

São diversos os modelos específicos de investigação e psicoterapia que têm emergido nos últimos anos a este respeito. Considerando que tanto modelos mais associados à análise das narrativas, como clínicos, constituem fontes de inspiração pertinentes para o nosso trabalho empírico, será feita alusão a abordagens de um e de outro âmbito. Este texto irá procurar abranger um conjunto alargado de referências em torno da metáfora da narrativa, mais do que perfilar uma só teoria a seu respeito, ou traçar uma panorâmica detalhada de cada um dos diversos modelos que têm surgido neste domínio. Optámos, antes, por procurar organizar uma síntese das suas contribuições em redor de aspectos específicos desta temática.

Trata-se, numa primeira fase, de abordar a emergência da metáfora da narrativa como organizador da significação humana, de nos determos, a seguir, sobre as definições e caracterização que tal metáfora tem encontrado e, finalmente, na questão da narrativa e da psicopatologia.

Assim, os mesmos autores poderão ser referidos em mais do que uma destas partes, podendo o seu trabalho no conjunto perder alguma visibilidade como um todo mas beneficiando da confrontação das diversas perspectivas.

3.1 Emergência da Narrativa como Metáfora

Strenger (citado por Rosen, 1996) afirma que ser humano é estar constantemente a estruturar o seu mundo em termos de significado.

A concepção do ser humano como "construtor-de-significados", a qual tem sido, nos últimos anos, desenvolvida por diversos movimentos da psicologia, em que se inserem, segundo Rosen (1996), o construtivismo, o construcionismo social, o construtivismo desenvolvimental, o pós-modernismo e a teoria narrativa, a qual comporta um domínio promissor para a compreensão do indivíduo nos seus contextos sociais.

Ao referirmos a importância da significação temos necessariamente subjacente a noção de acontecimento, pois o sujeito significa a sua experiência. Assim, aquilo que "acontece" passa a constituir o elemento central da narrativa e esta, por sua vez, a afirmar-se como um acontecimento em si mesmo. A psicologia passa a interessar-se pela existência e já não pela essência, numa perspectiva molecular, essencialista, passivo-estática, estruturalista e internalista (Gonçalves, 2000). Se considerarmos que, de acordo com as perspectivas da biologia evolucionista (Maturana e Varela, 1987), fazer e conhecer são sinónimos podemos afirmar a reciprocidade entre existência e conhecimento enquanto acto motórico, sendo que viver é construir activamente

conhecimento, no sentido de o corporalizar e encarnar no próprio acto de existir. Esta mudança na forma de conceber o conhecimento é claramente ilustrada pela metáfora sugerida por Gonçalves do "cavaleiro andante", a qual inspirada no lendário D. Quixote, enche de expressividade essa "aventura complexa que é fazer da vida conhecimento e devolver vida ao conhecimento" (Gonçalves, 2000, p.23). Mais especificamente, assumindo a existência e o conhecimento como indissociáveis, corresponde a considerar que o "cavaleiro andante" da existência é também o "cavaleiro andante" do conhecimento (ibidem), o qual não é objectivável, encontrando-se sempre em movimento a acompanhar o carácter volátil da experiência.

Por sua vez, todo o conhecimento é considerado hermenêutico (Gonçalves, 1995a), no sentido em que tem subjacente um processo contínuo de construção e desconstrução de significados. O processo hermenêutico de construção de significados liga-se à experiência e estabelece-se, não por meio de uma lógica abstracta universal, mas através da linguagem, que liberta o indivíduo para uma multiracionalidade, no sentido da construção de interpretações múltiplas de cada experiência. Bruner (1990) alerta para a importância da psicologia não se centrar tanto no que as pessoas fazem, mas mais naquilo que dizem, no sentido de explorar a construção linguística da sua experiência. Inspirado na filosofia de Heidegger, Gadamer (citado por Rosen, 1996) transcende a dicotomia sujeito-objecto sugerindo que a interpretação e o intérprete se encontram num diálogo com o texto, vendo o mundo como um texto para ser interpretado. Ainda de acordo com Gadamer (ibidem), do mesmo modo que não existe uma só interpretação correcta, há umas interpretações melhores do que outras. Vários critérios se poderão considerar para as distinguir, destacando-se como pertinentes a consistência interna e a compreensibilidade para destringir a qualidade das interpretações (Rosen, 1996). É neste sentido que estudar o comportamento do ser humano é compreender os sistemas interpretativos com que significa e expande a sua experiência. Como destaca Gonçalves (2000), estes sistemas interpretativos derivam das capacidades de

organização simbólica inerentes à linguagem e possibilitando a construção de múltiplas realidades. A linguagem contém em si um carácter criativo e potenciador, tornando cada simbolização da experiência num novo acontecimento. Neste contexto, Gonçalves (2000) defende que a linguagem constitui um elemento fundacional da experiência, devendo ser considerada um fenómeno psicológico de primeira ordem.

Ao considerarmos a linguagem um fenómeno psicológico de primeira ordem que constitui um acontecimento em si mesmo, estamos a distanciá-la da perspectiva representacionista tradicional que a encarava como um reflexo do mundo. Imperava, assim, a metáfora da *fotografia*, em que se considerava que a linguagem constituiria um mapa da realidade, o qual poderia ser mais ou menos próximo da verdade dos acontecimentos. Actualmente, em alternativa, Gergen (1999) apela para a metáfora, introduzida pelo filósofo Wittgenstein, da linguagem como um *jogo* (exemplificando com o xadrez, o qual ilustra o modo como os diversos tamanhos, formas e movimentos específicos de cada peça, apenas adquirem significado tomando o jogo no seu conjunto). Segundo Wittgenstein (citado por Gergen, 1999), também o significado de cada palavra apenas é definível pelo seu uso na linguagem e o sentido das frases depende da comunicação com os outros, no seu conjunto. Sublinhada a função da linguagem na relação, sobressai inerente a importância da sua vertente de realização, concebida como uma forma de co-construir algo com o interlocutor e, finalmente, de construir vida.

Mais precisamente, o carácter hermenêutico da linguagem emerge da teia de relações que se estabelece entre as palavras, constituindo uma matriz narrativa. Se as palavras isoladamente não são suficientes para a construção do significado, constituem, de acordo com a proposta de Gonçalves (2000), ingredientes do conhecimento, a par da experiência. A construção do conhecimento em formas mais coerentes implicará a organização das palavras em termos de uma narrativa.

Emerge então, com clareza, a metáfora da narrativa proposta na psicologia por Sarbin (1986), no sentido de interpretar a acção humana. No mesmo contexto, emerge a metáfora do ser humano como *homo*

fabulus, segundo a designação original de Howard (1991) que actualmente traduzimos como *narrador*, a qual vem substituir a metáfora, prevalecente até ao momento, do homem como cientista. Isto corresponde a afirmar que a atitude hermenêutica implica a concepção do ser humano como um *narrador*, com a tarefa abrangente de construção de significados, em contraste com a perspectiva ontológica racionalista que defendia a metáfora do ser humano como um cientista pessoal, que tem como objectivo descobrir a verdade. Bruner (1990) introduziu a noção de pensamento narrativo que considerou basilar na construção de significados múltiplos da existência. O ênfase é colocado na afirmação de que o ser humano se representa a si e à realidade, não em termos algorítmicos, mas através de narrativas pessoais significativas. As narrativas fornecem um espaço intersubjectivo para compreender e partilhar a natureza idiossincrática dos nossos processos de significação. Assim, a vida é uma narrativa e os seres humanos são eminentes narradores, que têm como tarefa existir através de compreender e compreender através da existência (Gonçalves, 1995b). A projecção ontológica da compreensão constitui a acção de interpretar, segundo a hermenêutica contemporânea e então, a relação entre interpretar e compreender, transcende-se pelo acto de compreender, o acto de narrar.

Neste sentido, explicitar a relação entre o conhecimento e a narrativa, remete-nos para a questão da linguagem, em virtude da qual se torna possível partilhar a experiência com o próprio e com os outros, socializando o conhecimento.

O papel crucial da linguagem na construção da trama narrativa parece ser unanimemente aceite pelas diversas abordagens no contexto da teoria narrativa. Entretanto, a ênfase colocada no contexto histórico-cultural inerente ao discurso, nas teorias de cada indivíduo, não é exactamente a mesma nas várias abordagens, levando como sugere Gonçalves (2000) a que a construção individual e social da narrativa, configure um ponto de encontro e desencontro entre as perspectivas do cognitivismo construtivista e do construcionismo social. Entre os investigadores e psicoterapeutas implicados numa abordagem narrativa

encontramos modelos que se aproximam mais de uma vertente construtivista ou construcionista, encontrando-se essa opção mais ou menos explícita.

Neimeyer (2000), num esforço de confronto entre a perspectiva construtivista cognitiva e a do construcionismo social, realça que a primeira cria a imagem de um *self* "heróico" que integra e narra a complexidade das experiências, enquanto que a segunda enquadra a narrativa individual como uma manifestação de uma dinâmica discursiva, cujas origens são mais culturais do que individuais.

Segundo Gonçalves (2000) para os construtivistas "a narrativa resulta da necessidade imperiosa de dar sentido à diversidade da experiência individual" (p.55), desempenhando uma função de coordenação entre a própria acção e a linguagem, enquanto instrumento que permite construir o conhecimento sobre o próprio e o mundo. Para o construcionismo social, "a narrativa surge precisamente como uma forma de construção social da experiência, sendo que o sentido é o sentido da convencionalidade social" (p.55), do qual o indivíduo depende para construir os seus significados, pois correspondem sempre a um sentido compartilhado.

De acordo com Gergen (1999) e numa discriminação sucinta entre estas duas perspectivas, diríamos que para o construtivismo a mente constrói a realidade numa relação sistemática com o mundo exterior, e especificamente o construtivismo social acrescenta que esses processos mentais são significativamente informados por influência das relações sociais. Entretanto, o construcionismo social coloca a ênfase no discurso, como veículo através do qual o *self* e o mundo estão articulados e no modo como cada discurso funciona no contexto das relações sociais. Ou como expressivamente sintetiza "as narrativas do "eu" não são impulsos pessoais que se tornam sociais, mas processos sociais realizados numa localização pessoal" (Gergen, citado por Gonçalves, 2000, p.55). O construcionismo social vem aumentar a distância em relação ao tradicional dualismo entre sujeito e objecto e a uma concepção do conhecimento, objectiva, individualista e ahistórica, enquanto representação interna do

estado da natureza. Questiona o conhecimento enquanto representação mental e propõe uma teoria alternativa em que o conhecimento é concebido como um processo contínuo de construção do mundo através da própria vida ou mais especificamente, algo que as pessoas fazem juntas, através de linguagens que são essencialmente actividades partilhadas. O conhecimento é assim situado no próprio processo de interacção social e o discurso sobre o mundo constitui, não um reflexo ou mapa desse mundo, mas um artefacto da interacção comum. Esta perspectiva procura assim, na opinião de Polkinghorne (1988), superar o viés anti-histórico e anti-cultural vigente nos modelos anteriores.

Gergen (1985) destaca quatro princípios subjacentes à teoria do construcionismo social, os quais, brevemente, consistem no seguinte. Aquilo que tomamos como experiência do mundo, não dita o modo como o mundo é compreendido, pois as categorias teóricas não podem ser induzidas ou derivadas da observação, dado que o próprio processo de identificar atributos se baseia em categorias que já possuímos. Neste sentido, a experiência constitui em si mesma uma matriz relacional de significação. Portanto, o conhecimento do mundo não é produto da indução ou construção e teste de hipóteses gerais, pelo que a teoria científica não serve para mapear a realidade de forma directa e descontextualizada. Um segundo princípio refere que o processo de compreensão do mundo deriva de um empreendimento activo e cooperativo entre pessoas em relação, resultando em produtos de interacções entre pessoas situadas histórica e culturalmente. Isto leva a sublinhar a origem social de princípios sobre a mente, como a bifurcação entre a emoção e cognição, motivos e memória e o sistema de símbolos que defendem estar subjacente à linguagem. Outro princípio sugere que o grau em que uma determinada forma de compreensão prevalece no tempo, depende de vicissitudes do processo social. Finalmente, as formas de compreensão são consideradas negociadas e essenciais para a vida social, o que significa que as descrições e explicações do mundo são, em si, formas de acção social integralmente conectadas com outras actividades humanas.

Sumariando, a questão da linguagem assume um destaque

particular, na qual encontramos enredados os conceitos de narrativa, cultura e comunicação. Torna-se difícil espartilhar o aprofundamento de cada um destes aspectos inerentes à construção de significados, já que a relação entre eles não é linear mas de permanente intercepção. Em síntese, não são os símbolos linguísticos *per se* que operam a significação, mas a sua articulação numa trama narrativa; entretanto falar em linguagem, quer em sistema de símbolos, quer na sua organização discursiva remete-nos inevitavelmente para o seu cariz cultural, fazendo de qualquer narrativa pessoal uma narrativa social; interpõe-se um terceiro domínio, que se toca com o anterior, e que diz respeito à função da linguagem no jogo de comunicação social, atribuindo a qualquer narrativa uma dinâmica de negociações interpessoais.

Neste sentido, as declarações discursivas significativas afiguram-se como actos discursivos, que correspondem a acções que pretendem cumprir algo no mundo interpessoal (Gergen, 1999). A linguagem, enquanto código convencionado de uma dada cultura, determina o carácter socialmente negociado das construções de significados. Como referem M.Gonçalves e Gonçalves (no prelo) o significado decorre de articulações sociais, constituindo um conhecimento que não é posse individual, mas produto de um determinado grupo historicamente contextualizado. Assim, qualquer tipo de conhecimento (científico, religioso, do "senso comum", etc.) é, necessariamente, social considerando-se que os próprios significados idiossincrásicos são construídos no contexto da relação com um conjunto de vozes internalizadas, como sugerem Hermans e Kempen (1993). Fica assim sublinhado o posicionamento histórico-cultural de qualquer teoria, a qual só faz sentido no âmbito de um quadro cultural mais vasto que a sustenta e o qual passará, inevitavelmente, a influenciá-la. Desta concepção, evidencia-se com clareza o entendimento de que uma determinada construção de significados tem sempre inerente um conjunto de potencialidades, bem como de constrangimentos, na medida em que no contexto daquele saber torna outras alternativas menos plausíveis (c.f. Gergen, 1994, 1999; M.Gonçalves e Gonçalves, no prelo).

Através da linguagem fica também bem vincada a natureza

iminentemente cultural da construção do conhecimento. Nas palavras de Rosen "We are born into stories: the stories of our parents, our families, and our culture" (1996, p.23). Com efeito, e como também sublinham Bruner (1990) e Howard (1991), as narrativas pessoais não são construídas num vazio mas derivam dos mitos e das histórias presentes na cultura em que se nasce. A presença dessas narrativas é de tal forma precoce e enraizada na socialização dos indivíduos que os leva a assumi-las, com frequência, como verdades universais e realidades objectivas e a história que começou por ser apenas um ponto de vista, torna-se uma prisão. Assiste-se assim, à tendência para as histórias de outros grupos serem vistas como falsas, enquanto que as da própria cultura são afirmadas como verdades (Rosen, 1996).

Neste sentido, sublinha-se o facto do processo de construção de significados ter constantemente presente a linguagem da socialização e da aculturação, dado que a organização pessoal do indivíduo é constituída por uma troca entre dois tipos de histórias: culturais e pessoais. O guião das nossas narrativas constitui uma tentativa de fazer sentido não apenas entre si, mas e talvez mais, entre nós próprios, a nossa cultura e mesmo a nossa espécie. Com efeito, os significados são "públicos" e resultam de procedimentos partilhados de interpretação e negociação, com base num sistema simbólico e uma linguagem vigentes na cultura do indivíduo.

Bruner (1990) sublinha uma perspectiva contextualista do conhecimento narrativo, no sentido de considerar que a mente e o *self* fazem parte do mundo social e o conhecimento não está situado, mas distribuído na realidade relacional. O *self* passa a ser tratado como uma construção que procede do exterior e do interior, da cultura para a mente e da mente para a cultura (Bruner, 1990). Ou seja, o ser humano é simultaneamente "criatura da história" e agente autónomo, em que o *self* utilizando a sua capacidade de reflexão e de desenhar alternativas, reformula constantemente o que a cultura tem para fornecer.

Vemos assim projectada na matriz narrativa a intercepção dos

vários conceitos: experiência, linguagem, comunicação e cultura. Como sublinha Gonçalves (2000) a sua natureza analógica torna o conhecimento narrativo e o conhecimento experiencial particularmente próximos. Os defensores de uma abordagem narrativa aceitam como básicos os seguintes quatro pressupostos apresentados por Lakoff (citado por Gonçalves, 1995b): (a) a realidade é constituída por um conjunto de problemas, aos quais se pode ter acesso através de operações hermenêuticas e narrativas; (b) os pensamentos são essencialmente metafóricos e imaginativos; (c) as manipulações dos pensamentos são perseguições intencionais do significado; (d) as pessoas são contadoras de histórias.

O narrador experiencia um acontecimento enquanto relata a sua experiência, sem necessitar de se remeter a si ou aos seus interlocutores para essências dissociadas da matriz experiencial em que se inserem. Através da narrativa o sujeito consegue um distanciamento da experiência imediata, para a construção da sua significação e, simultaneamente, a natureza analógica da narrativa aproxima o indivíduo da sua experiência, potenciando novas vivências. Nas palavras de Gonçalves (2000),

experiência e narrativa caminham assim num ciclo contínuo
e criativo de disjunção e conhecimento (...) pensamos a nossa
vida tal como a vivemos, através de narrativas (p.44).

Em síntese, a experiência é intencionalmente construída a partir da linguagem composta numa configuração narrativa. Emerge assim a autoria, da passagem do ser humano enquanto objecto a sujeito de um projecto e de actor a autor da sua narração, a qual constitui a condição fundamental da "existência narrativa", tal como designa Gonçalves (2000). A narrativa constitui-se como mais um acto, de natureza analógica, próxima da experiência, expressando as ambiguidades e o carácter permanentemente aberto da existência. Viver narrativamente implica essa condição autoral específica do ser humano de narrar a própria existência, co-construindo novas formas de significação e existência culturalmente contextualizada. A narrativa permite assim, explorar a complexidade e multiplicidade da existência e do conhecimento.

Assiste-se, nos últimos anos, a um reconhecimento crescente da metáfora da narrativa como um organizador central do conhecimento e existência do ser humano, sendo já substancial a diversidade de autores que se têm dedicado ao seu estudo no contexto clínico e da investigação (cf. Gonçalves, 1994a, 1998, 2000; Neimeyer & Mahoney, 1995; Neimeyer, 2000; Russel, 1991, 1995; White & Epston, 1990; Mandler, 1984; Angus et.al., 1996).

3.2 Definição e características da narrativa

A narrativa constitui mais uma metáfora do que um método e várias têm sido as definições e caracterização que os investigadores e terapeutas têm encontrado, para a concretizar no âmbito da sua abordagem, no contexto da investigação e/ou da psicoterapia. Tem sido frequente, a utilização de sistemas de classificação das componentes a analisar na matriz da narrativa, embora com designações e dimensões particulares nos diversos autores. Passaremos a abordar algumas das definições mais comuns de que tem sido alvo na psicologia e, em despeito das sobreposições, procurar transmitir um pouco da forma como cada autor a ela se referiu. Note-se, no entanto, que as definições e características sugeridas são consistentes com cada modelo, ao qual faremos apenas uma breve alusão.

Sarbin (1986) defende que nós pensamos, fantasiamos, compreendemos e fazemos escolhas de acordo com uma estrutura narrativa, segundo a qual, para além da construção de significado para as experiências passadas, planeamos proactivamente experiências futuras significativas. O autor considera que para construir significados das experiências de vida é fundamental que o indivíduo seja capaz de conceptualizar as suas experiências passadas, presentes e futuras através de narrativas. Esta dimensão temporal constitui, também, a característica

central de cada narrativa, ao defini-la como um relato simbólico que inclui um princípio, meio e fim. A vertente da narrativa como um organizador da dinâmica temporal das experiências na vida do sujeito constitui um elemento crucial, sempre patente nas definições dos diversos autores, como teremos oportunidade de observar em seguida.

Van Den Broek e Thurlow (1991) vêm sublinhar a dimensão da temporalidade ao longo da vida e estabelecem a associação entre a narrativa e a identidade, afirmando que:

The narrative constitutes the person's life as he/she perceives it, and the person sense of self-identity is dependent upon the content and cohesiveness of the life story (261).

Assim, a nossa identidade é a narrativa coerente da nossa vida e constitui um princípio organizador central. As pessoas organizam a experiência no mundo social, conhecem-no e estabelecem transações através de narrativas. Defendem a existência de uma espécie de predisposição inata e primitiva para organizar a experiência em forma de narrativa, predisposição esta provavelmente associada à condição histórica da vida humana.

Vários autores acentuam esta perspectiva de um organizador central da cognição, introduzindo a noção de esquemas narrativos. Entre eles, destaca-se a definição de Polkinghorne (1988) como:

"narrative is a scheme by means of which human beings give meaning to their experience of temporality and personal actions. Narrative meaning functions to give form to the understanding of a purpose to life and to join everyday actions and events into episodic units. It provides a framework for understanding the past events of one's life and for planning future actions. It is the primary scheme by means of which human existence is rendered meaningful" (p.11).

O *self* constitui, segundo Polkinghorne (1988), uma configuração de acontecimentos pessoais numa identidade histórica que inclui o que a pessoa foi e também participações do que virá a ser. A cultura enriquece o poder do pensamento narrativo através das tradições de contar e

interpretar. A narrativa surge, então, como uma estrutura capaz de englobar o que foi feito, o que foi sentido e o que foi acreditado. Como sublinhara Sarbin (1986) a narrativa, para além de descrever os acontecimentos passados, serve para compreender o presente e prever o futuro.

Na mesma linha do autor anterior, Russel e Wandrei (1996) consideram que a narrativa é essencialmente uma estrutura linguística, a qual difunde e se difunde na vida. Referem que os significados que construímos e o modo como os comunicamos aos outros, ganham forma, com frequência, através de narrativas. Defendem, também, que as narrativas constituem o meio principal através do qual construímos representações do passado, trocamos informação objectiva e subjectiva no presente e prevemos o futuro.

A estrutura linguística referida é caracterizada por Russell e Van Den Broek (1992) através de um modelo tridimensional que inclui os seguintes aspectos: (1) a ligação/conexão estrutural das narrativas (por exemplo, o contexto, o acontecimento precipitante, as respostas internas, os objectivos, as consequências e a reacção); (2) a representação da subjectividade nas narrativas (a motivação e a relação psicológica que os sujeitos assumem ao falar dos acontecimentos); (3) a elaboração/complexidade das narrativas (tipo e nível de linguagem utilizado).

Capps e Ochs (1995a e 1995b) ilustram com o seu trabalho e explicitam a possibilidade de explorar dois planos na estrutura linguística de uma narrativa que são o discurso e a gramática. Destacam como componentes da estrutura discursiva o contexto, o acontecimento problemático, a tentativa de resolver o problema, a consequência e a resposta psicológica (as emoções e pensamentos do protagonista). Ao nível da estrutura gramatical defendem uma concepção abrangente da gramática e referem que "grammar gives shape, color, texture, and intensity to elements that make up the picture as a whole." (p.52).

Mandler (1984) defende que nós construímos a realidade com um esquema narrativo, que obedece a uma estrutura da gramática narrativa, organizando a experiência numa sequência de sete categorias:

contexto, acontecimento precipitante, respostas internas, objectivo, acção, resultado e finalização. Estas categorias serão posteriormente desenvolvidas, aquando da apresentação do estudo empírico em que as utilizamos. Quanto mais completa é a narrativa, mais coerente é o significado da experiência. E é através do processo de estruturação das experiências, dentro desta estrutura narrativa que o ser humano encontra coerência e significado na sua vida.

Gergen e Gergen (1986) associam, também, a coerência narrativa à sua organização estrutural, embora frisando que esta última resulta de aspectos estáticos e dinâmicos. Neste sentido, enfatizam as noções de totalidade e temporalidade da narrativa ao defini-la como a capacidade para estruturar acontecimentos com coerência e com um sentido de movimento e direcção no tempo. Trata-se, assim, de uma confluência de factores estáticos e dinâmicos, considerando que dos primeiros decorrem as condições para a coerência e dos segundos a sua qualificação.

Ao nível das características da narrativa, Gergen e Gergen (1988) defendem que aquelas que conferem direcionalidade e coerência às narrativas são as seguintes: o estabelecimento de uma finalidade; a selecção de acontecimentos relevantes; o ordenamento de acontecimentos de forma temporal; o estabelecimento de relações causais, em função do que é aceitável no contexto social; e a existência de sinais que delimitam o início e o fim da narrativa. Em consonância com esta caracterização, os autores consideram que existem três tipos de narrativas básicas, definidas de acordo com o seu movimento em relação à meta. Assim, as narrativas podem ser *progressivas*, quando se dirigem no sentido do objectivo, *regressivas*, quando o movimento se processa no sentido contrário e o protagonista se afasta da meta e *estáveis*, no caso de não haver mudanças acentuadas entre o início e o fim, mantendo-se inalterada a posição das personagens. Estas narrativas constituem, então, formas simples cuja combinação resulta em narrativas mais complexas que organizam os acontecimentos biográficos. Segundo os autores, a qualificação da coerência contribui para a definição de estilos trágicos, melodramáticos ou de comédia, através dos quais se poderão prototipificar as narrativas

da vida.

A definição de Bruner (1990) vem reforçar a vertente cultural, especificamente chamando a atenção para a questão da idiosincrasia como uma originalidade em relação ao culturalmente previsto, e para a função da narrativa na interacção social. O autor identifica na narrativa três características fundamentais que são a sequencialidade, a "indiferença" factual e a forma de explicar excepções ao estabelecido. Tem uma sequencialidade inerente, na medida em que é composta por uma sequência única de acontecimentos e estados mentais, envolvendo os seres humanos como personagens e actores. Depois, pode ser real ou imaginária, sem perder o seu poder enquanto história cujo sentido e referência se baseia na relação com cada um. Finalmente, a história é uma tentativa ou uma possibilidade de atribuir significado à excepção observada, no sentido de justificar e especificar os estados de originalidade e ambiguidade associados a qualquer idiosincrasia, tornando-a compreensível e permitindo encontrar o estado intencional que lhe está subjacente. Em suma, a narrativa lida com a acção e a intencionalidade humana, mediando o mundo "normal" e previsto culturalmente, com o mundo idiosincrático dos desejos, crenças e esperanças. O autor alerta-nos ainda para a função da narrativa, a qual enfatiza ao afirmar que a estrutura narrativa está inerente à *práxis* da interacção e constitui uma das formas de discurso mais poderosas da comunicação humana.

Em Epston, White e Murray (1992) encontramos uma definição de narrativa em que se impõe o peso do social e o efeito do discurso, ao destacar que são as teorias nas quais situamos a nossa experiência que determinam o significado que lhe atribuímos e que são as histórias que determinam a selecção dos aspectos da experiência a serem expressos, a forma de expressão que se lhes imprime, bem como os seus efeitos nas nossas vidas e relações.

Neimeyer (2000) concebe a metáfora da narrativa como uma integração das perspectivas construtivista e do construcionismo, em virtude de esta configurar um sentido viável do *self-em-contexto-social*. Mais explicitamente, no modelo de *alternativa relacional* que propõe, o

autor pretende desenvolver a metáfora do *self-como-história*, incluindo a ênfase, simultaneamente, cognitivo construtivista na coerência narrativa e do construcionismo social, na dinâmica do discurso. A proposta do autor assenta na ideia de que a fenomenologia do encontro narrativo entre duas pessoas constitui a ponte entre os domínios idiocêntrico e sociocêntrico, configurando-se como uma alternativa dialógica. Com efeito, o enfoque é colocado nas relações interpessoais e nas trocas conversacionais. Neste sentido, o autor defende que a narrativa desempenha funções vitais quer a nível intra como inter-pessoal; a sua construção destina-se à organização da experiência e da continuidade na história de vida do indivíduo, bem como à sua partilha junto de uma audiência e ao posicionar do próprio em relação aos outros, "the act of narration can be viewed as a social performance, which if successful confers on its author a provisional fictional identity that meets with social validation" (Neimeyer, 2000, p.237).

Neste contexto Neimeyer (2000) define a narrativa como tendo um horizonte histórico, implicado directamente na selecção de uma história como relevante e um impulso antecipatório, associado à procura dos resultados inerentes. Na expansão da metáfora da narrativa para o seu modelo o autor considera três dimensões centrais: (1) características estruturais da narrativa, (2) o que designa por "pontos de vista e vozes" e (3) aspectos associados à autoria e à audiência.

Quanto às características estruturais distingue cinco componentes que considera típicas nos relatos autobiográficos: o contexto, os personagens, o acontecimento, o significado da narrativa na biografia do sujeito e o objectivo projectado para o futuro a partir da experiência narrada. A propósito da segunda dimensão refere as características estilísticas, salientando a importância de se estar atento à forma como a experiência é narrada, a qual está intimamente ligada à posição assumida pelo sujeito como autor. Neste domínio faz referência à taxonomia de Moffett e MacElheny, salientando das oito categorias propostas a pertinência clínica, particularmente das seguintes: monólogo interior, a "narrativa como carta", a "autobiografia objectiva" e a "narrativa anónima".

Sublinha entre elas o contínuo do privado para o público e do específico para o geral. Estreitamente ligado ao conceito de pontos de vista, apresenta o de "voz", através do qual se refere ao modo de expressão utilizado na narrativa. A este nível refere a taxonomia de Rainer (citado por Neimeyer, 2000), o qual distingue o *modo catártico, descritivo, intuitivo e reflexivo*. Na dimensão do *autor* e da *audiência* propõe que se focalize a atenção explicitamente na perspectiva dialógica do narrar, enquanto realização social. Como referência central neste trabalho de orquestração da relação entre autor e audiência, sugere o modelo de intervenção de White e Epston (1990). É com base nestas três dimensões que Neimeyer perspectiva a forma de lidar, no contexto clínico, com as dificuldades do *self* em construção.

Gonçalves (2000) destaca sete elementos fundacionais para definir a natureza da narrativa: (1) analógica, (2) temporal, (3) contextual, (4) gestáltica, (5) significadora, (6) criativa e (7) cultural. Através destas sete características, encontramos contempladas uma grande parte das principais contribuições de outros modelos neste domínio das narrativas. Dada a prevalência da abordagem teórica deste autor no enquadramento do nosso estudo, passaremos a deter-nos com mais detalhe na sua apresentação.

Consideramos que, para uma melhor compreensão do modelo proposto por este autor, é pertinente explicitar duas ideias de base acerca da sua perspectiva da psicologia, a qual designa de andante, em concordância com a definição da existência como conhecimento andante, de que emerge a narrativa. O autor considera que a maioria das abordagens em psicologia estudam o ser humano através da sua imobilização no espaço e no tempo, em vez de considerarem o sujeito em movimento num espaço social e existencial. No contexto de uma análise do percurso de "cientifização" da psicologia, destacamos o questionamento de dois pressupostos centrais que têm vigorado na psicologia desde a sua emergência laboratorial e que consistem na individualidade e na interioridade. Tendo em consideração que o posicionamento do autor em relação a eles não é comum a todos aqueles

que se têm dedicado à teoria narrativa, passaremos a explicitar as suas reflexões a este nível. Sob égide do pressuposto da individualidade, destinado à reificação do indivíduo como objecto de estudo particularizado, emergiram os três conceitos de personalidade, identidade e *self*, os quais foram sendo aceites como verdades irreduzíveis da ciência psicológica. Entretanto, movimentos da pós-modernidade no domínio das ciências têm sugerido que a matéria é definida, não pela existência de uma essência ou qualquer elemento fundamental, mas pela consistência de malhas de relações e, neste sentido, a matriz de relações substituiu-se à ilusão do individual. Inspirado na sugestão destes movimentos pós-modernos, bem como da constatação de que os indivíduos no espaço relacional se encontram num movimento constante de construção de projectos, Gonçalves (2000) defende que o conceito de individualidade seja substituído pelo de autoria. A construção das experiências ao longo da existência fornece um sentido de autoria que em nada se aproxima do de identidade, na medida em que assenta na diversidade, flexibilidade, viabilidade e complexidade. A co-construção subjacente ao conceito da autoria, assim como as exigências contemporâneas de uma diversificação autoral, inibidora dos processos de individuação, conduzem à substituição do que o autor designa de "eu solitário", pelo "eu solidário" (Gonçalves, 2000). O conceito de autoria deverá assim ser entendido

no contexto da matriz relacional onde os sujeitos se actualizam enquanto projectos. Estes projectos traduzem-se na matriz narrativa por intermédio da qual os indivíduos constroem significações múltiplas da existência (Gonçalves, 2000, p.33).

Quanto ao pressuposto da interioridade que está na base da ideia de que é possível definir superestruturas responsáveis pelo funcionamento do indivíduo, supondo assim uma realidade pré-existente e em que o conhecimento é dissociado da experiência, Gonçalves (2000) propõe que passe a dar lugar à narrativa em si mesmo, como processo de construção do conhecimento. Defende com esta hipótese que não se trata de desvendar através dela uma essência mas, antes, incidir na sua análise e

especificamente na da matriz relacional da experiência de que emerge.

Apresentada globalmente esta proposta do autor, de uma psicologia centrada nos conceitos de autoria e narrativa, passemos a debruçar-nos sobre a forma como caracteriza esta última.

(1) Através da **natureza analógica** da narrativa vamos ao encontro da distinção introduzida por Bruner (1986), e a que anteriormente nos referimos, entre os modos de pensamento *paradigmático* e *narrativo*. O primeiro subentende uma perspectiva lógico-proposicional e matemática do conhecimento, procurando definir causas gerais e explicações infalíveis e empiricamente verificáveis para o comportamento humano. Em contraste, o pensamento narrativo é menos abstracto e enfatiza a construção de uma compreensão aberta dos casos particulares, procurando a sua plausibilidade e verosimilhança. Esta dimensão da verosimilhança assume um lugar central, no sentido em que a narrativa permite construir a experiência numa linguagem que lhe é análoga, tal como atrás comentamos. A experiência é, assim, construída com um sentido múltiplo, pois admite uma diversidade de significações, perdendo sentido as questões da falaciosidade, imprevisibilidade e incontroabilidade colocadas pelo paradigma lógico-proposicional, reinante nos primórdios do cognitivismo. Citando Gonçalves, "o ser humano não é pois dotado de uma racionalidade, nem sequer de uma irracionalidade, mas sim de múltiplas racionalidades que coexistem como organizadores paralelos do seu funcionamento" (p.46).

(2) Um segundo aspecto, definidor da narrativa refere-se a uma das características focadas por quase todos os autores e que consiste na **natureza temporal** da organização do conhecimento. Parafraseando o autor "a trama narrativa evolui num processo de sequencialidade e esta sequencialidade tem uma estrutura temporal" (Gonçalves, 2000, p. 48). Aliás, o tempo resulta da identificação de sequências regulares, constituindo essas regularidades a organização rítmica, a qual conhece uma estrutura dialéctica. Com efeito, o princípio, o meio e o fim equivalem a momentos discretos e é o movimento através deles que define o ritmo narrativo com que o indivíduo significa a sua experiência. A propósito,

note-se que as três formas de narrativas definidas por Gergen e Gergen (1986) e que atrás apresentamos - progressiva, regressiva e da estabilidade - referem-se especificamente ao modo como se estruturam os ritmos na temporalidade. Uma outra ideia chave, avançada por Gonçalves (2000) e que vem de encontro à noção de tempo e espaço sugerida por Jaspers em 1942 (citado por Gonçalves, 2000) a propósito da temporalidade narrativa é a de que esta não corresponde a uma essência universal, mas a uma significação definida pelo próprio sujeito, no seu processo de significação. Inspirada em Polkinghorne esta concepção baseia-se na ideia de que a existência é um fluxo contínuo e diversificado, e é a necessidade do sujeito lhe dar um ou mais sentidos que o leva a definir marcadores temporais.

(3) A **natureza contextual** da narrativa reside na sua aproximação à experiência, a qual ocorre necessariamente de forma localizada. A organização discursiva da experiência remete-nos para um conhecimento cultural e historicamente contextualizado. Trata-se de uma compreensão, não paradigmática, abstracta e descontextualizada mas antes, focalizada nas particularidades idiossincráticas de um contexto. Esta dimensão da narrativa é particularmente aprofundada através das contribuições de Polkinghorne (1992), Shotter (1992) e Gergen (1996, 1999), segundo os quais a narrativa proporciona um conhecimento simultaneamente complexo e pragmático, dado que ao contextualizá-lo expõe a sua matriz complexa da experiência e, ao mesmo tempo, fornece ao sujeito instrumentos para assumir a autoria da sua significação e possibilidades de a expandir no futuro. Os objectivos do conhecimento são mais locais e práticos, na medida em que permitem funcionar de forma viável em vários contextos da sua existência. Como sintetiza Gonçalves “não há nada tão prático como uma boa narrativa” (2000, p.53).

(4) Com a **natureza gestáltica** da narrativa o autor (Gonçalves, 2000) salienta o facto de esta constituir uma forma, no sentido de uma totalidade significadora, através de um processo de atribuição de coerência à multiplicidade experiencial. Esta forma narrativa resulta do

estabelecimento de conexões entre espaços, tempos e toda a diversidade de estímulos sensoriais externos e internos que compõem a experiência. A inexistência deste processo consubstancia a ameaça de uma experiência vivenciada de forma caótica e discursivamente indizível. A organização *gestáltica* da narrativa fornece ao sujeito o sentido da sua experiência, permitindo-lhe colocá-la na dimensão da linguagem e, assim, compartilhá-la com o outro. Neste sentido, Gonçalves considera que a narrativa cumpre “uma dupla função – a de organizar simultaneamente a experiência individual e a experiência social” (2000, p.55), perspectiva com que afirma, como o próprio autor definiu, uma postura intermédia entre o construtivismo e o construcionismo.

(5) A **natureza significadora** da narrativa decorre da sua organização temporal, contextual e *gestáltica*, permitindo atribuir à experiência uma multiplicidade de sentidos. A significação, enquanto um organizador central da existência, consiste numa ideia expressivamente sublinhada por Frankl (citado por Gonçalves, 2000) ao afirmar que a procura de sentido constitui um instinto básico de sobrevivência do ser humano. Ao referirmos, inicialmente, uma multiplicidade de sentidos, pretendíamos vincar que a significação não aponta para a revelação de uma hermenêutica rígida e singular mas sim, para um processo de construção e imposição de significados, através de um sistema aberto à ambiguidade e diversidade de sentidos que uma única experiência (em si mesma múltipla) poderá inspirar. Uma outra vertente desta dimensão significadora, prende-se com a sua natureza social, duplamente afirmada, no recurso à linguagem para construção da própria narrativa e na partilha com os outros a que esta se destina. Esta temática foi já explorada a propósito da emergência da narrativa, especificamente da sua relação com a linguagem.

(6) No que diz respeito à **natureza cultural** da narrativa, reencontramos autores como Shotter (1989, 1995), Gergen (1999), Gergen e Gergen (1986), Lax (1992, 1996), Neimeyer (2000), entre outros, a sublinhar que a sua emergência ocorre no espaço entre as pessoas, através de uma acção interpessoal conjugada. Neste sentido, a

narrativa constitui uma forma de construir experiências compartilhadas intersubjectivamente, num determinado contexto cultural. Lax (1992) salienta que os limites das nossas narrativas são construídos através das potencialidades e constrangimentos políticos, económicos, sociais e culturais dos contextos em que nos inserimos; deste modo, o sentido de *self* consiste no próprio discurso com os outros, podendo-se considerar que o indivíduo se revela em cada momento de interacção, através das narrativas que vai mantendo com a sua comunidade conversacional. Defende-se, assim, a passagem da narrativa como um acto mental individual e de propriedade privada, para uma co-construção discursiva num contexto interpessoal. A propósito, Gonçalves (2000) alerta para a importância de rejeitar qualquer eventual sacralização das narrativas como essências da organização do conhecimento individual (como o autor considera, aliás, acontecer a quem, no domínio da psicologia cognitiva, lhe atribui o estatuto de esquema mental). Inspirado na análise de Maturana sobre os significados de cultura em diversos contextos histórico-políticos, Gonçalves (2000) defende que a narrativa surge como uma comunalidade de conversações, assente na coordenação da construção discursiva que une os indivíduos entre si. Entretanto, o processo de diferenciação individual emerge do plural dessas conversações e contextos que irão contribuir para uma narrativa adaptada do ponto de vista cultural e, ao mesmo tempo, flexível e diversificada. Fala-se de narrativas marcadas pela comunalidade discursiva e, simultaneamente, abertas à socialização numa diversidade de culturas.

(7) Finalmente, a sétima característica que Gonçalves (2000) nos apresenta como definidora da narrativa, consiste na sua **natureza criativa**, a qual se prende, essencialmente, com o seu carácter de criação de experiência e de redes sociais de conversação, mas também com a sua potencialidade de constituição divergente de discursos múltiplos, diversificados e alternativos. Mais explicitamente, como sustenta Gonçalves (2000):

A narrativa não reflecte acontecimentos de um modo literal e objectivo. A narrativa acrescenta às coisas aquilo que elas

só potencialmente são enquanto não encontram os processos de construção criativa do conhecedor-narrador. (...) a realidade, seja ela definida pelo caos molecular externo ou interno às fronteiras da pele do indivíduo, é essencialmente inerte até encontrar o processo de construção criativa de um sujeito narrador (p.59).

Este processo de estruturação autoral vai progressivamente estabelecendo comunidades conversacionais, através da estabilização de narrativas e co-construção proactiva de experiências. A narrativa favorece uma aproximação libertadora à realidade, na medida em que a sua construção simbólica lhe permite expandir criativamente a sua multipotencialidade.

Definido o conceito de narrativa, Gonçalves propõe uma distinção de dimensões de análise na narrativa, a qual, não só é partilhada por outros autores, como permite enquadrar diversos trabalhos de investigação que se têm desenvolvido neste domínio.

Segundo o autor, as significações organizam-se na matriz narrativa através de três dimensões centrais: (1) estrutura, (2) processo e (3) conteúdo (Gonçalves, 1998; Gonçalves, Korman & Angus, 2000; Gonçalves, 2000) associadas, respectivamente, à coerência, complexidade e multiplicidade da existência narrativa. Passemos a aprofundar cada uma destas dimensões, as quais têm servido de referente na psicoterapia e na investigação, implicando fazer referência àquilo em que consistem, bem como a metodologias utilizadas na sua análise.

(1) A **estrutura narrativa** está directamente ligada ao sentido de coerência, resultante do processo de conexão intra e interepisódico, o que corresponde, a um esforço do indivíduo para ligar os diversos elementos de uma narrativa, bem como articular as diferentes narrativas da sua vida, atribuindo-lhes um fio condutor. Com efeito, emerge o que o autor designa de um processo bifocal de coerência (Gonçalves, 2000), avaliável ao nível de cada narrativa e através de diversas narrativas.

Esta associação da coerência com o nível de estrutura das narrativas tem sido subscrita por diversos autores e revela-se quase

sempre presente nos modelos de avaliação narrativa, embora operacionalizada através de indicadores distintos, como aliás verificámos nos exemplos de caracterização da narrativa antes apresentados. Talvez se possa considerar que esta corresponde à dimensão das narrativas que tem sido mais estudada e enunciada como central pelos vários autores.

Trabalhos apresentados por Van Den Broek e Thurlow (1991) mostram que narrativas com uma estrutura clara, proporcionam uma maior facilidade de recordação, compreensão e significação.

Com base em Mancuso (1986), a gramática narrativa implica o desenvolvimento precoce de uma estrutura narrativa, a qual corresponde a uma necessidade vital para o bem-estar psicológico do sujeito.

Kintsh e Van Dijk (citado por Gonçalves, 1998) sugerem que existe uma superestrutura narrativa responsável pela organização das significações.

Labov (Labov & Waletzky, 1967; Labov & Fanshell, 1977), particularmente interessado na análise das narrativas orais, apresenta também uma metodologia para análise da estrutura, a qual integra seis categorias fundamentais: resumo, orientação, complicação, avaliação, resolução e finalização. Tal como as designações permitem subentender, foca aspectos em comum com a taxonomia definida por Mandler (1984) que atrás apresentámos, embora não seja nosso intuito abarcar nesta apresentação uma análise comparativa dos vários sistemas de codificação mas, apenas, indicá-los como referências pertinentes neste domínio.

Das caracterizações da narrativa com que iniciámos este ponto, destacamos a associação com a dimensão da estrutura nas propostas de Russell e Van Den Broek (1992), Capps e Ochs (1995a e 1995b) Gergen e Gergen (1986, 1988) e Neimeyer (2000).

Baerger e McAdams (1999) utilizaram em investigação um modelo que designaram de *Life Story Coherence* e através do qual propõem a codificação da estrutura das narrativas através de quatro índices: orientação, estrutura, afecto e integração, os quais classificam quer autonomamente quer através de um resultado integrado dos quatro parâmetros.

Gonçalves e Henriques desenvolveram também um *Manual de Avaliação da Estrutura e Coerência Narrativa* (Gonçalves, 2000), com base nos trabalhos de Ferreira-Alves e Gonçalves (1999) a este respeito e de Baerger e McAdams (1999) atrás referidos. Este sistema de classificação do grau de coerência da narrativa supõe um procedimento sistemático de avaliação de quatro aspectos, considerados interrelacionados na organização narrativa e que são a orientação, a sequência estrutural, o comprometimento afectivo e a integração.

Como síntese desta dimensão estrutural da matriz narrativa, fiquemos com as palavras de Gonçalves (1998):

no nível estrutural as narrativas são organizadas em termos de um invariante de regras que permitem ao indivíduo a organização dos diferentes elementos da experiência, tomados sincrónica e diacronicamente, num todo coerente e significativo. Este aspecto estrutural da narrativa é constituído por componentes de natureza estática (i.é., estrutura de gramática narrativa) e componentes de natureza dinâmica (i.é., movimento através do tempo). Da combinação destes elementos o indivíduo vai desenvolvendo um conjunto de protótipos estruturais a partir dos quais se desenvolve um sentido coerente de autoria dentro e através das experiências de vida (p.34).

(2) Passemos à segunda dimensão da matriz narrativa e que diz respeito ao **processo**, o qual se define através dos mecanismos estilísticos utilizados pelo sujeitos para diferenciar e atribuir complexidade à narrativa que produzem (Gonçalves, 1998, 2000). É ao nível do processo narrativo que se reflecte a abertura à pluralidade da experiência e a capacidade de construção, mais ou menos expandida, da sua multipotencialidade. A qualidade de uma narrativa do ponto de vista processual estará associada à diferenciação de modos narrativos que expressem a experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações.

Esta dimensão narrativa tem sido alvo de menos investigação do que a da estrutura, embora se destaquem alguns estudos.

Lynne Angus e colaboradores conceberam um *Sistema de Codificação do Processo Narrativo* (Angus, Hardtke & Levitt, 1996), o

qual têm aplicado particularmente na produção discursiva do cliente no contexto terapêutico e que propõe uma discriminação de três modos narrativos: *externo*, referente aos aspectos descritivos do contexto físico, social, temporal e espacial de uma situação real ou imaginária; *interno*, relativo à experiência subjectiva emocional dos personagens envolvidos no acontecimento; *reflexivo*, alusivo aos pensamentos dos personagens e interpretações acerca da experiência.

Gonçalves e Henriques, a partir do procedimento de codificação que acabámos de referir (Angus, Hardtke & Levitt, 1996) e do modelo de Psicoterapia Cognitiva Narrativa (Gonçalves, 2000), elaboraram também um *Manual de Avaliação do Processo e Complexidade Narrativa* (Gonçalves, 2000), através do qual procuram aprofundar a discriminação da diversidade e riqueza dos modos narrativos. Neste sentido, sugerem a classificação do grau de elaboração de cada um dos seguintes quatro processos de adjectivação narrativa: *objectivação*, relacionada com a multiplicidade do mundo sensorial; *subjectivação emocional*, respeitante à diversidade da experiência ao nível das emoções e dos sentimentos; *subjectivação cognitiva*, relativa à complexidade de pensamentos experimentados na experiência; e *metaforização*, associada à multiplicidade de significados construídos pelo sujeito a partir das suas vivências.

Diríamos, como sùmula, que o nível do processo narrativo está intimamente ligado à abertura e flexibilidade dos componentes qualitativos de uma narrativa.

(3) Finalmente, a dimensão do **conteúdo** refere-se à vertente temática do discurso e está directamente ligada com a multiplicidade narrativa. O conteúdo pode encontrar-se mais ou menos diversificado ao nível da trama, dos personagens, da acção e dos contextos. A redundância e recorrência insistente dos mesmos temas, apela para uma unicidade discursiva que torna a narrativa excessivamente previsível e monótona. A carência de diferenciação de conteúdos limita, assim, a apreensão da multiplicidade da experiência, encerrando o sujeito num conjunto de invariantes que poderão constituir protótipos (Gonçalves, 1998, 2000),

conceito que aprofundaremos no ponto a seguir a propósito da psicopatologia.

Algumas metodologias têm surgido para avaliar o conteúdo, nomeadamente o *Manual de Avaliação do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa* proposto por Gonçalves e Henriques (Gonçalves, 2000), o qual supõe uma avaliação da quantidade e diversidade temática em quatro organizadores centrais: temas, acções, personagens e contextos.

Outros exemplos de análise do conteúdo narrativo seguem processos indutivos que levam à construção de protótipos narrativos, com base nas comunalidades entre os componentes dos discursos. Neste âmbito, destaca-se o trabalho de Capps e Ochs (1995a e 1995b) com um conjunto de narrativas de pânico de uma paciente, cujo estudo através de uma estrutura gramatical permitiu emergir um protótipo de resposta. Na mesma linha, existe também o *Método de Construção de Protótipos Narrativos* (Gonçalves, Alves, Soares, Duarte Henriques & Maia, 1996) destinado à elaboração de uma narrativa prototípica, a partir das convergências temáticas de um conjunto de narrativas significativas de diversos sujeitos, analisadas com base no processo sequencial de *grounded analysis* proposto por Rennie, Philips e Quartaro (1988) que a seu tempo aprofundaremos, uma vez que será utilizado na parte empírica deste trabalho.

Após esta resenha sobre definições e classificação das principais componentes narrativas, levanta-se a questão de saber de que modo estas características são úteis para a compreensão da psicopatologia, aspecto a que nos iremos referir em seguida.



3.3 Narrativa e Psicopatologia

A experiência de bem-estar nada tem em comum com a vivência de sofrimento psicopatológico, pelo que parecerá inevitável que tal se repercuta em diferentes formas de narrar. Coloca-se a questão de saber em que aspectos é que essas narrativas serão diferentes e se será possível sistematizar narrativas típicas do funcionamento psicopatológico.

A narrativa, enquanto linguagem da existência, tem constituído uma metáfora aliciante no contexto clínico. Mais explicitamente, considerando que a matriz de organização das significações, constitui o objecto central para a compreensão da forma como o sujeito constrói, organiza e transforma a sua experiência e conhecimento, torna-se compreensível que constitua uma metáfora de eleição na psicoterapia, enquanto "jogo de palavras" em busca da mudança libertadora. A narrativa tem sido assim utilizada como co-construção conjunta de realidades no contexto clínico por diversos autores (Gonçalves, 1995c; 1995d; 1998; 2000; Gonçalves & Machado, 1999; White & Epston, 1990; Neimeyer, 2000; Russel & Wandrei, 1996; Lax, 1996; Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Drewery, Winslade & Monk, 2000).

Contudo, como alertam Neimeyer e Raskin (2000), explorar a psicopatologia no âmbito da abordagem narrativa sugere um certo paradoxo. Por um lado, a teoria narrativa do mesmo modo que o

construtivismo e o construcionismo social focalizados nos processos pessoais e sociais de construção dos significados, tendem a evitar as implicações da estigmatização do diagnóstico psicológico. Entretanto, os psicoterapeutas destas perspectivas "pós-modernas", na sua prática clínica, regulam o seu trabalho com base em alguma conceptualização, mais ou menos explícita, da angústia e do mal-estar.

De algum modo emerge como alternativa a um diagnóstico estigmatizante a concepção da psicopatologia como processo de significação, aproximando-se da tradição fenomenológica nesta área comentada no primeiro ponto da introdução, e tornando-se inseparável da produção discursiva narrativa, resultante da co-construção entre sistemas linguísticos do paciente e do especialista, num determinado contexto histórico (Gonçalves, 2000). Trata-se, assim, de conceber a psicopatologia como uma produção social e não como correspondendo a essências indiciadoras de perturbação mental. Com efeito, diagnosticar implica uma análise da matriz narrativa em si mesma e não através dela (Capps & Ochs, 1995a e 1995b; Gonçalves, 2000), com vista à construção de formas específicas de significação da psicopatologia.

Sublinhando esta ideia de explorar a significação psicopatológica nas próprias narrativas do sujeito, encontramos vários autores a propor que o clínico adopte uma atitude de curiosidade genuína, de não conhecimento *a priori* das intenções do paciente, que pergunte porque não sabe (incorrendo no difícil desafio de escapar à máxima de João dos Santos "se não sabes, porque é que perguntas?"), confiando na história fornecida pelo sujeito e juntando-se a ele na compreensão mútua da sua exploração. Esta configuração relacional estará na base das psicoterapias associadas à metáfora da criação, por oposição à de resolução (c.f. Epston, White & Murray, 1992; Anderson & Goolishian, 1992; Relvas, 2000; Gonçalves, 2000). Nessas abordagens propõe-se uma focalização na análise e compreensão das potencialidades e limites da narrativa saturada dos pacientes, através de um sistema de avaliação mais ecológico e, desde logo, potenciador de mudanças nos processos de construção de significados do sujeito, no sentido de favorecer uma narratividade mais

coerente, complexa, múltipla e flexível. Assim, processo de avaliação e psicoterapia constituem um todo, caracterizado por um espaço conversacional específico e alternativo aos nichos confirmatórios da narrativa saturada do paciente, em que se procura a criação conjunta da multiplicidade narrativa (cf. Neimeyer, 2000; Gonçalves, 1998, 2000; White & Epston, 1990; Relvas, 2000; M. Gonçalves & Henriques, 2000) ou, especificamente, “um contexto experiencial para a co-construção (i.e., conversações) de múltiplas vocalidades (i.e., desconstrução) das narrativas vividas no passado, experimentadas no presente e projectadas no futuro (i.e., narratologia)” (Gonçalves, 2000, p.114).

Encarando a necessidade de tematizar, sistematizar e classificar a angústia dos sujeitos que procuram ajuda clínica, parece uma comunalidade aos diversos modelos psicoterapêuticos considerar que se trata de atender às características da própria narrativa, aos seus processos de construção e aos discursos sociais que a mantêm, focalizando a análise na compreensão das potencialidades e limites da narrativa saturada dos pacientes.

Note-se, no entanto, que em consequência do carácter idiossincrático inerente a esta forma de avaliação, aquilo de que dispomos, não corresponde a uma sistematização única e exaustiva sobre a concepção da psicopatologia e suas diversas perturbações à luz da teoria narrativa, mas de propostas diversas de psicoterapia no contexto desta abordagem. Considerando que a vertente da intervenção não se enquadra nos interesses mais directos desta investigação, procuraremos depurar em alguns modelos os aspectos referentes à psicopatologia. Após a alusão a algumas dessas abordagens, iremos atribuir uma atenção privilegiada ao *Modelo de Psicoterapia Cognitiva Narrativa* de Gonçalves (1998, 2000), uma vez que é daqueles que mais explicita a concepção de psicopatologia que lhe está subjacente, bem porque constitui a teoria da qual emergem, mais directamente, os objectivos dos nossos estudos empíricos.

Começemos, então, por apresentar em que termos alguns autores da teoria narrativa, explicitam a questão da psicopatologia. De acordo com Lax (1996) a psicopatologia encontra-se associada a vivências em

que a pessoa se encontra aprisionada e subjugada numa narrativa específica, o que fica claramente expresso nas seguintes palavras:

(...) when people are experiencing difficulties, they are stuck in a particular narrative from which they are unable to free themselves. It may be a narrative of depression, anger, pain, disappointment, or some similar feeling (p.216).

Uma situação destas ocorre quando o indivíduo é aprisionado por uma narrativa dominante suportada pelo contexto cultural que o rodeia, ficando subjugado a ela, cego a alternativas e perdido no seu sentido de autoria. O sujeito terá, então, necessidade de se libertar de tal narrativa, mudando para outra que não desencadeie o mesmo tipo de emoções e/ou acções desconfortáveis e indesejáveis.

Capps e Ochs (1995a e 1995b), no seu trabalho de recolha de narrativas no próprio contexto de vida familiar do sujeito, observaram directamente o modo como a interacção de histórias entre os familiares amplifica e perpetua a narrativa saturada, em que acontecimentos específicos do passado são reconfigurados no presente e hipotetizados para o futuro. A propósito, os autores, usando as palavras do indivíduo em estudo, referem "history has the uncanny propensity to repeat itself, to return at unexpected and unwanted moments" (ibidem, p.38). Neste sentido, defendem que uma pessoa quando procura terapia tem uma história para contar; uma história de experiências inexplicáveis e imprevistas que minam o sentimento de bem-estar e o seu conhecimento acerca do mundo.

Na mesma linha, Drewery, Winslade e Monk (2000) apresentam uma abordagem de terapia narrativa em que sublinham a importância de desconstruir a história dominante que será responsável pela fragilização da autoria do sujeito. Segundo os autores, diferentes formas de conversação podem ser mais ou menos favoráveis à produção de autoria, sendo a emergência de "descrições totalizadoras" que "apagam" as possibilidades de afirmação da idiossincrasia do sujeito e geram a incapacidade de interrogar o próprio processo linguístico. Do mesmo modo, se o diagnóstico for concebido como uma descrição completa da pessoa,

irá inibir-lhe a possibilidade de se envolver activamente na produção da sua própria saúde e, finalmente, da sua vida.

Estas perspectivas aproximam-se do modelo de intervenção de White e Epston (1990), para quem o problema corresponde a um discurso externo saturado, reforçado pela comunidade social do indivíduo e que está a ofuscar e oprimir a expressão de *momentos excepcionais (resultados únicos)*, enquanto situações em que o sujeito domina o problema.

Rosen (1996) aborda esta questão do poder das histórias, sublinhando que a dificuldade reside no processo de diálogo, especificamente na gestão do dilema de dominância entre as histórias que se intersectam. Se, ser um personagem nas histórias dos outros e destinar-lhes papéis nas nossas narrativas pessoais é uma inevitabilidade da natureza social das nossas vidas, manter a afirmação da autoria do próprio sujeito e respeitar a do outro nem sempre é simples. Com frequência, o paciente parece não ter história, desempenhando apenas um papel na história gizada por outros, tendo deixado de sentir autoria, criatividade e autonomia. No entanto, também acontece o paciente procurar dominar os outros através da sua história, levando-o a sentir-se frustrado e fracassado nas relações humanas.

De encontro à ideia de saturação de uma dada narrativa, em virtude da sua unicidade na significação do sujeito naquele período da sua vida, Hermans e Hermans-Jansen (1995) identificam a disfunção com uma restrição temática das narrativas. O indivíduo manifesta dificuldade em diversificar os conteúdos narrativos em consonância com as mutações naturais das próprias situações de vida, apresentando um discurso com variações sobre um tema único e persistente.

Diríamos que os diversos modelos de psicoterapia narrativos, ao assumirem como objectivo restituir e expandir a significação idiossincrática experiencial, reúnem uma grande unanimidade na identificação da psicopatologia com dificuldades no processo de autoria, independente do modo específico como cada autor o explicita. Citando Rosen (1996) "when

clients first seek help, they often feel as if they are living a life narrated by someone else" (p.26). Ou, como resume Neimeyer e Raskin (2000), a história do sujeito pode tornar-se incoerente, opressiva ou circular, de forma a limitar a autoria do indivíduo na construção de histórias mais promissoras.

No modelo proposto por Gonçalves (1998, 2000) encontramos uma maior especificação destas dificuldades, concretamente acompanhando a forma como se expressam em cada uma das três dimensões da matriz narrativa, respectivamente, da estrutura, do processo e do conteúdo.

A narratividade na psicopatologia é claramente evidenciada por contraste com a qualidade da existência vivida "numa" narrativa andante, em que é manifesto um bem-estar global e uma adaptação aos diversos contextos em que se habita. Com efeito, passaremos a resumir aquilo que poderá corresponder a uma experiência narrativa adaptada e de bem-estar, para, a seguir, situar as alterações que sofrem no domínio da psicopatologia.

Gonçalves (2000), recorrendo a uma analogia com a lei da selva, em que é da comida que depende a sobrevivência, defende que para o ser humano a narrativa é condição absoluta para a sobrevivência psicológica e que "os mais adaptados, são aqueles que se situam no topo da "cadeia alimentar da linguagem", aqueles que dispõem de uma rede flexível de narrativas que lhes permitam uma adaptação a múltiplos contextos de sobrevivência psicológica" (p.60).

Neste sentido, a construção de uma estruturação coerente das narrativas, para o próprio sujeito e no contexto da sua comunidade discursiva, permite a condição de co-autoria fundamental para enfrentar a diversidade experiencial de cada momento. Em termos de gramática estrutural, quanto mais completa é uma narrativa mais coerente é a significação da singularidade e pluralidade da experiência, reforçando o sentido de autoria do sujeito e, com ele, a multipotencialidade da sua existência. Ao nível do processo, esperamos uma complexificação de

construção do conhecimento que passa por abranger a variedade das experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e de significado, através de uma produção narrativa rica, propiciadora de uma existência proactiva e flexível. No que respeita ao conteúdo, o discurso narrativo é marcado por uma multiplicidade e diversidade temática que o tornam imprevisível, idiossincrásico, multifacetado e flexível. Assim, numa vivência narrativa criativa, funcional e adaptada, a tendência é para uma multiplicidade discursiva que inibe a prototipia. Por outras palavras, quanto maior for a multiplicidade discursiva a fazer juz à diversidade da experiência, menor é a probabilidade de se identificarem protótipos narrativos.

Quando esta dinâmica de multiplicidades se encontra ameaçada, emerge a perturbação psicológica, concebida nesta perspectiva como a incapacidade do sujeito para construir a sua experiência de uma forma múltipla. O autor considera que a potenciação ou saturação na organização narrativa da experiência se encontra intrinsecamente ligada aos contextos conversacionais em que o sujeito se move, ideia que expressa com clareza ao afirmar:

Os nichos ecológicos que servem de cenário à vida da pessoa são determinantes importantes da sua construção narrativa. São estes os responsáveis pela potenciação ou saturação de certas organizações narrativas da experiência. Daí que certos contextos culturais sejam instigadores de criatividade narrativa e da correlativa riqueza vivencial; ao passo que outros, reforçam recursividades narrativas limitando a disponibilidade do indivíduo para a construção de novas conversações (Gonçalves, 2000, p.58).

Desta forma o indivíduo, em lugar de ver a realidade como um processo de negociação, quer entre as possibilidades múltiplas do mundo e das suas próprias experiências quer entre si e os outros no quadro da variedade da matriz social, assume a existência de uma realidade absoluta, insubstituível e da qual tem a exclusiva responsabilidade. Com efeito, ressent-se da sua incapacidade para antever e co-construir alternativas múltiplas na sua experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações. Estes sujeitos encontram de certa forma bloqueada a

experiência de multirealidade, a qual nas palavras do autor, "permite ao indivíduo dar continuidade àquele que é talvez o elemento fundamental da existência psicológica: a transcendência constante do tempo e espaço em cada momento episódico da experiência" (Gonçalves, 1995d, p.8).

Com efeito, ao falhar a construção narrativa é ameaçada a possibilidade de definir realidades e com ela a comunicação com os outros. Esta perda da capacidade para sobreviver linguisticamente, envolve lacunas ao nível da criatividade narrativa que impedem o sujeito de partilhar construções discursivas suficientemente flexíveis e adaptadas. Assiste-se, assim, a uma debilitação da condição do indivíduo como narrador que, no limite, o poderá levar à "loucura" (Gonçalves, 2000), numa escalada de marginalização com a comunidade conversacional em que se insere.

Em contraste com as características descritas para a narrativa associada à "isenção" de disfuncionalidade grave, emergem as atribuídas à psicopatologia, sobre as quais passaremos a reflectir através das dificuldades de significação específicas, em cada uma das três dimensões que compõem a matriz narrativa. Note-se que as dificuldades de um sujeito com uma determinada perturbação emocional, podem situar-se mais claramente numa das dimensões da matriz narrativa do que nas outras, ou abranger todas com graus distintos, não sendo regular o perfil de lacunas que configuram as situação de psicopatologia.

Em termos da estrutura a perturbação emocional estará associada à dificuldade de estabelecer uma conexão coerente, fazendo emergir sentimentos de estranheza e desfasamento em relação ao próprio e aos outros. Esta dificuldade face a experiências passadas ou presentes conduz o sujeito a evitar novos desafios experienciais, os quais possa não conseguir integrar numa determinada coerência já estabelecida. Em consequência, gera-se um processo cíclico de rigidificação dessa coerência predefinida que estará na base da sua impossibilidade de expansão. Gonçalves (2000) remete-nos, a este propósito, para um discurso incoerente e desorganizado por parte do paciente, com queixas como a falta de sentido para a vida, as memórias em branco, a indisponibilidade

para as coisas. Segundo o autor

O paciente não se apropria das suas experiências, não as reconhece, mostra-se incapaz de lhes construir um sentido. São assim evitadas, ignoradas ou distorcidas narrativas fundamentais da sua vida, quer pela incapacidade de as construir de um modo coerente quer pela dificuldade de as integrar na trama narrativa da vida. (Gonçalves, 2000, p.76).

A análise estrutural da matriz narrativa de um paciente poderá, assim, permitir o diagnóstico de disfunções de autoria, constituindo indicadores discursivos de incoerência, os seguintes: "discurso superficial ou tangencial; sobreinclusividade ou excessiva abstracção; circunstancialismo ou desconexão; apresentação desorganizada; ausências ou amnésias electivas (Gonçalves, 2000, p.76-77).

São numerosas as investigações que têm advogado a favor da relação do grau de estrutura e coerência narrativa com a qualidade do desenvolvimento e do bem-estar do sujeito. Baerger e McAdams (1999) apresentam um estudo com narrativas autobiográficas de populações não clínicas, em que constataam a existência de uma associação significativa entre a coerência dessas narrativas e várias medidas de bem estar psicológico. Russell e Wandrei (1996) referem um conjunto de estudos junto de populações clínicas, em que verificaram que a estruturação narrativa se encontrava relacionada com o grau de gravidade psicopatológica, sendo que às situações severas correspondiam níveis baixos de coerência narrativa. Pennebaker (1993) evidencia como um dos resultados mais consistentes do seu programa de investigação sobre a evolução dos sujeitos em psicoterapia, o facto de as melhoras significativas estarem associadas a narrativas que evoluíram no sentido de uma maior coerência estrutural.

Ao nível do processo a psicopatologia está ligada à fraca diferenciação dos significados da experiência, observando-se uma falta de abertura à exploração da vivência em termos sensoriais, emocionais, cognitivos e de significados. O sujeito parece delimitar os contornos da sua experiência, numa espécie de abstracção de uma imagem estilizada

ou de um esboço "em traço largo" do acontecimento, arredando-se das possibilidades da sua construção complexificada. Gonçalves (2000) sintetiza este processo referindo, "aquilo que é a pluralidade da experiência é deste modo reduzida à singularidade limitada do conhecimento" (p.84-85). A perspectiva do sujeito sobre o mundo e a sua experiência tornam-se empobrecidas e, com facilidade, encerradas em dicotomias que dificultam profundamente a expansão de alternativas inovadoras sobre a situação. No discurso narrativo estas dificuldades evidenciam-se, com frequência, através de uma focalização quase exclusiva num dos domínios da sensorialidade (ignorando a diversidade da experiência noutros registos) ou pela exploração superficial de qualquer destes domínios ou, ainda, pela ausência de referências a este nível da vivência, bem como, pelo evitamento da experiência emocional e/ou cognitiva através de um discurso evasivo, deslocado, excessivamente abstracto ou circunstancial.

Sublinhe-se que a indiferenciação da experiência e correlativa narrativa podem encontrar-se focalizadas de formas diferentes na vertente sensorial, emocional, cognitiva ou de significados nos diversos pacientes, caracterizando inclusive o tipo de perturbações que apresentam. Nomeadamente, nos sujeitos com perturbação de pânico assiste-se a uma forte limitação da diversidade ao nível da experiência sensorial, em que surge uma sobreimposição das impressões cenestésicas, escapando a apreensão da multiplicidade visual, auditiva, olfactiva ou gustativa da experiência. Ao nível emocional, nos indivíduos com fobia, ressalta a centração excessiva em torno das emoções de perigo, às quais ficam ancorados os pensamentos e significados, inibindo a complexificação da experiência (Gonçalves, 2000).

A nível da investigação, encontramos suporte para esta perspectiva em estudos como o de Angus, Levitt e Hardtke (1999) segundo os quais a evolução dos pacientes em psicoterapia se encontrou associada a uma diferenciação do processo narrativo, deslocando-se do modo externo, para uma maior complexidade ao nível interno e reflexivo. Pennebaker (1993) apresenta resultados na mesma linha dos anteriores, ao mostrar que a produção narrativa dos sujeitos que apresentam mais melhorias

ao nível da saúde física e psicológica, manifesta progressos na elaboração de aspectos internos e de significação da experiência.

Na dimensão do conteúdo a psicopatologia surge como uma dificuldade acentuada de desenvolver uma perspectiva multifacetada da experiência, caracterizando-se pela utilização de protótipos narrativos, enquanto guiões da significação (Gonçalves, 1998, 2000). Os protótipos emergem da redundância temática e configuram-se como invariantes organizadores da experiência, reforçando a recorrência narrativa. Com efeito, o sujeito fica ligado a uma narrativa protótipo e as experiências passadas, presentes ou futuras são significadas nessa unicidade prototípica. Recorrendo às palavras do autor,

O protótipo narrativo é, neste caso, sinónimo de uma autoria narrativa inflexível, uma identidade fechada que dissocia ou restringe todas as experiências que não se enquadram no molde prototípico (Gonçalves, 1998, p.54).

As redundâncias temáticas criam no interlocutor um sentimento de previsibilidade do discurso que apela para a classificação das narrativas em tipologias de indiferenciação discursiva. Neste sentido, considera-se a possibilidade de que psicopatologias distintas correspondam a narrativas protótipo específicas, enquanto sistemas particulares de significação. Nomeadamente, existe já alguma investigação neste domínio, cuja evidência empírica aponta de modo favorável para a de identificação e validação convergente de uma narrativa protótipo associada à toxicodependência (Gonçalves & Alves, s.d.; Alves, 1993), ao alcoolismo (Duarte, 1993), à anorexia (Soares, 1993) e à depressão, tendo sido, neste último caso, também ilustrada a validade divergente da narrativa construída (Maia, 1998).

Gostaríamos de salientar a proximidade desta noção de narrativa protótipo com as definições de psicopatologia veiculadas pelos autores a que inicialmente nos referimos. Ressalta a ideia de Lax (1996) de o sujeito ficar preso a uma narrativa específica, bem como a reiteração narrativa ilustrada por Capps e Ochs (1995a e 1995b), como também a existência de história dominadora referida por Drewery, Winslade e Monk (2000)

ou, ainda, a noção de narrativa saturada de White e Epston (1990), corroborada por vários autores e, muito particularmente, a proposta de Hermans e Hermans-Jansen (1995) de associar a disfunção com uma restrição temática, sugerindo o mesmo tipo de monotonia discursiva imposta pela narrativa protótipo.

Em síntese, a rigidez no processo de construção narrativa da experiência parece afigurar-se como um núcleo de psicomorbilidade comum às três dimensões que compõem a trama discursiva, inibindo a multipotencialidade existencial imprescindível ao bem-estar psicológico. Ao nível da estrutura, as dificuldades de conexão parecem encontrar-se associadas à rigidificação da coerência pré-estabelecida, constituindo uma espécie de hipercoerência encerrada em "muralhas", como forma de o sujeito se defender, por dissociação de experiências passadas, presentes e futuras eventualmente ameaçadoras. Em termos do processo, as dificuldades de exploração da diversidade experiencial, derivam de uma insistente e rígida cegueira em relação à estimulação, empobrecendo o mais possível a significação, na ilusão de simplificar a sua vivência mas, finalmente, inibindo a complexificação que iria assegurar a expansão criativa e multipotencial de novas experiências. No plano do conteúdo, assiste-se a uma redundância temática que rigidifica protótipos, dificultando ao sujeito a construção de significações fora desses guiões pré-definidos. A rigidez irá, assim, inibir a flexibilidade de movimentos no tempo e espaço da significação, dificultando infalivelmente uma construção narrativa e experiencial criativa e multipotencial e vendo o sujeito ameaçada a sua condição de autor / actor na existência. A vivência fenomenológica desta associação, entre o mal-estar psicológico e a falta de flexibilidade para a construção experiencial, é bem ilustrada pela voz de Jorge Palma quando nos canta "sinto-me frágil, já não consigo ser ágil".

A premência de cuidar das capacidades de construção narrativa do ser humano fica bem sustentada com a perspectiva que acabamos de

apresentar, justificando a relevância de focalizar a atenção dos clínicos e investigadores no domínio da psicopatologia, já que como sintetiza Gonçalves (2000):

a narrativa perde a sua função criadora e o indivíduo “enlouquece”; perde a sua condição de autor e, no limite, é a sua própria sobrevivência como pessoa que está em causa.
(p.61)

Efectivamente, existe evidência suficiente a nível do trabalho narrativo que justifica mais investigação no sentido da expansão de conhecimentos nesta área (Drewery, Winslade & Monk, 2000), nomeadamente destinada ao aprofundamento dos processos de significação. Segundo Neimeyer (2000), estudos ao nível das narrativas poderão fornecer uma ponte importante entre a investigação e a prática, encorajando especificamente a pertinência da investigação narrativa no âmbito da psicopatologia. Também Russell e Wandrei (1996) advertem que investigar processos narrativos na avaliação e no tratamento poderão contribuir para novas compreensões da psicopatologia, sublinhando mesmo o interesse de explorar a possibilidade de diferenciar clientes com base na sua linguagem narrativa.

Convictos da oportunidade de desenvolver estudos no domínio das narrativas e psicopatologia, extraímos como aspectos basilares do enquadramento teórico para equacionar a nossa questão, os seguintes aspectos: (a) a psicopatologia é concebida como uma construção do significado das perturbações emocionais, através de um esforço fenomenológico de compreensão empática do outro, num contexto de intersubjectividade; (b) existência e conhecimento são indissociáveis e a sua inteligibilidade depende da significação da experiência, existindo uma recursividade infinita entre ambas; (c) a narrativa (e através dela a linguagem) constitui um organizador central da experiência humana, na construção de conhecimento sobre a vivência e, simultaneamente, possibilitando novas experiências; (d) a psicopatologia é caracterizada por dificuldades ao nível da função criadora da autoria inerente ao ser humano, as quais põem em risco a perspectiva multifacetada e flexível

da experiência; (e) diferentes tipos de perturbações emocionais corresponderão a organizações de significados específicas; (f) em cada perturbação específica o conteúdo narrativo é dominado por uma redundância temática, permitindo a identificação de narrativas protótipo, enquanto sistemas invariantes de significação. Em síntese, uma psicopatologia centrada na significação, o entendimento da agorafobia como organização de significados específica, a narrativa como um sistema de construção de significados da experiência e a existência de suporte empírico quanto à possibilidade de uma determinada perturbação emocional corresponder a uma narrativa protótipo específica.

Tendo em consideração estas asserções, elegemos como questão central a possibilidade de existir uma narrativa protótipo comum aos sujeitos com agorafobia, enquanto uma organização de significados que enquadra a sua sintomatologia, com vista a potenciar a intervenção clínica a nível desses guiões, de forma a construir referências alternativas para a construção dos seus significados e evitar que esses protótipos constituam o referencial invariável da leitura e integração das suas vivências.

Neste sentido, o projecto empírico que delineamos e que passaremos a apresentar assenta em dois objectivos centrais que consistem em construir e validar uma narrativa protótipo para a agorafobia.

Ao encontro da sugestão de Harré e Gillet (1994), de que conhecer o funcionamento dos sujeitos através da compreensão empática, implica assumir como elemento central dos trabalhos de investigação científica o relato que as pessoas fazem das suas experiências, dedicaremos o primeiro estudo à recolha e análise de narrativas pessoais significativas de sujeitos com agorafobia.



Parte II

Construção e Validação
de uma Narrativa Protótipo
na Agorafobia

"O segredo da verdade é o seguinte:
não existem factos, só existem histórias."

João Ubaldo Ribeiro

Parte II

A leitura das conceptualizações apresentadas evidencia uma evolução no estudo do ser humano que parte dos modelos cognitivos tradicionais, no sentido da afirmação de que o conhecimento é co-construído proactivamente através da linguagem. Mahoney (1995) reforça esta ideia quando refere que "the self has come to be recognized as a "project" that always and necessarily develops within social systems" (p. 201). Mais explicitamente são três as ideias centrais que sobressaem desta evolução: (1) o ser humano organiza activa e proactivamente a multiplicidade de experiências do seu passado, presente e futuro; (2) a significação vive em relação hermenêutica com a experiência e não dentro das pessoas, mas num espaço discursivo social que lhes confere contorno e as legitima; (3) os significados são construídos através da linguagem e enformados narrativamente.

Nesta linha, partilhando do princípio de que a compreensão da experiência hermenêutica do ser humano deverá constituir o cerne dos estudos em psicopatologia, situamos a parte empírica desta investigação, no contexto das perspectivas narrativas (cf. Angus, Hardtke & Levitt, 1996; Bruner, 1990; Capps e Ochs, 1995a; Drewery, Winslade & Monk, 2000; Epston, White & Murray, 1992; Gergen & Gergen, 1986, 1988; Gonçalves, 1994, 1998, 2000; Gonçalves et al., 1992; Gonçalves, Korman

& Angus, 2000; Harré & Gillet, 1994; Hermans & Hermans-Jansen, 1995; Howard, 1991; Labov & Waletzky, 1967; Lax, 1996; M. Gonçalves, 1994; Mandler, 1989; Neimeyer, 2000; Pennebaker, 1993; Polkinghorne, 1998; Russel, 1991; Russel & Van Den Broek, 1992; Russel & Wandrei, 1996; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990). São assim adoptados como conceitos centrais a proactividade do ser humano, a multipotencialidade e multiplicidade? das experiências, a co-construção da realidade e a linguagem enquanto matriz narrativa, associados em pressupostos basilares neste trabalho os quais passaremos a expor.

Partimos então, da metáfora da "narrativa" enquanto teoria do que, hoje, pensamos ser a forma hermenêutica de significação da existência. Evidencia-se na teoria, um reconhecimento crescente de que a existência humana, enquanto conhecimento, se consubstancia no acto social de narrar. A interpretação constitui então, a actividade humana por excelência e os elementos abstraídos dessa interpretação adquirem significado quando organizados de uma forma narrativa. A narrativa associa-se de um modo interpretativo e multipotencial à experiência, condensando os significados numa linguagem que é em si mesma uma linguagem existencial e assim, contruindo textos partilháveis na comunidade social. Neste sentido, o comportamento humano deriva da procura de significado num determinado contexto cultural, pelo que a sua compreensão implica conhecer os sistemas interpretativos usados pelos sujeitos para expandir e significar as suas experiências.

Assumimos ainda como pressuposto a especificidade da construção de significados em sujeitos com perturbações emocionais, a qual vem sendo reconhecida em diversos modelos cognitivos e cognitivo-construtivistas, salientando-se autores como Guidano (Guidano & Liotti, 1983, Guidano, 1987, 1991) que defende um sistema de diferenciação das psicopatologias de acordo com a organização dos significados. Esta ideia da especificidade é ainda consubstanciada na proposta de alguns autores (Guidano, 1991; Harter, 1990; Mahoney, 1991) de que determinadas experiências de vida, em virtude da sua intensidade e/ou repetição configuram narrativas pessoais "chave" que se tornam

responsáveis pela organização cognitiva do sujeito e o desenvolvimento da sua identidade. No âmbito da teoria de Guidano (1991) as cenas nucleares são construídas com base nos processos interpessoais da vinculação de cada um, condensando como que as regras dos processos subsequentes de elaboração das experiências num modo contínuo de confirmação.

Do ponto de vista narrativo, consideramos que a psicopatologia se caracteriza pela rigidez, pela falta de diversidade e de multiplicidade da na matriz narrativa com que os indivíduos significam as suas experiências. O discurso destes sujeitos sugere uma espécie de monocórdia da significação que reflecte a sua dificuldade de expansão dos significados e de construção de narrativas multiversas. Em contraste com uma construção saudável das narrativas, aberta à possibilidade de uma infinita diversidade de interpretações, nas situações de psicopatologia as narrativas são pobres, fechadas à diversidade, sugerindo que a vida é experienciada como um ciclo repetitivo / vicioso de um único guião. Emerge assim, a hipótese de conceptualizar a organização psicopatológica através da prototipia, enquanto invariantes temáticas a que os sujeitos ficam circunscritos na sua construção de significados. Torna-se então sugestivo o conceito de protótipos no processo de categorização do conhecimento, introduzido por Rosh (citado por Gardner, 1987) enquanto membro central em torno do qual as categorias são construídas e que constitui um exemplo representativo do todo. Inspirados neste conceito e partindo da premissa de que diferentes organizações psicopatológicas correspondem a processos idiossincráticos de construção dos significados, colocamos a hipótese de que o conteúdo das narrativas de diferentes tipos de perturbações possa estar submetido a narrativas protótipo específicas. Mais especificamente, assiste-se na dimensão do conteúdo a uma prototipia que estará associada à invariância temática e resulta da falta de diversidade narrativa, nomeadamente ao nível dos temas abordados, dos personagens envolvidos nas narrativas, dos acontecimentos descritos e dos contextos em que ocorrem. Os sujeitos ficam como que presos a uma narrativa protótipo como um aspecto

invariante da na sua construção de significados e passando a atribuir significação as diversas experiências de acordo com esse mesmo guião. A ideia é de que independentemente da história apresentada, sugere invariavelmente uma repetição recursiva de velhos temas, num único protótipo (Gonçalves, 1998, 2000).

Por outras palavras, consideramos que é possível pensar que diferentes tipos de organização psicopatológica são caracterizados por diferentes narrativas protótipo. No sentido de clarificar o modo como a psicopatologia pode ser conceptualizada em termos de conteúdos narrativos específicos, surge a proposta de identificação de narrativas protótipo dos sujeitos com diferentes perturbações emocionais (Gonçalves, Alves, Soares & Duarte, 1996).

Neste contexto, definimos como objectivo da parte empírica desta investigação a identificação de uma narrativa protótipo em sujeitos que sofrem de agorafobia, tendo inerente como objectivos específicos a construção e a validação dessa narrativa. Partimos do princípio de que será possível identificar narrativas protótipo com base na análise de conteúdo das pequenas histórias relatadas pelos sujeitos, na medida em que reconstroem o tema organizador do seu próprio conhecimento e ilustram o modo mais communmente utilizado para significar as suas experiências. Assim, mais especificamente, pretendemos explorar as possibilidades de construção de uma narrativa protótipo, a partir de narrativas pessoais significativas apresentadas por sujeitos com agorafobia e finalmente, testar até que ponto a narrativa elaborada constitui uma referência identificatória no mundo experiencial da agorafobia. Por outras palavras, consideramos que se essa narrativa corresponder, de facto, a uma especificidade de significação agorafóbica, será de esperar que os sujeitos com agorafobia se reencontrem mais "intensamente" nessa história quer do que sujeitos que não sofram de distúrbios emocionais, quer do que nas histórias que consideramos corresponder a protótipos de outras perturbações. Interessa-nos ainda para a validação da narrativa construída, ver até que ponto ela é partilhada pela comunidade conversacional mais alargada, enquanto referência de

identificação desses sujeitos para os seus familiares ou amigos íntimos, bem como para os clínicos que com eles lidam.

Ao nível metodológico, a identificação de narrativas protótipo implicou a adopção predominante das designadas metodologias qualitativas, o que segundo Mahoney (1995) ilustra a abertura à mudança dos métodos "objectivos" para os métodos "subjectivos", a que se vem assistindo no desenvolvimento actual da psicologia. De facto, as metodologias qualitativas, como teremos oportunidade de ver mais tarde, constituem uma ferramenta imprescindível para o trabalho no domínio da significação da experiência humana. Ou como sugeriu Lakoff (1987) para o estudo da "cognição experiencial" em alternativa aos estudos laboratoriais que facilmente colocam em risco a validade ecológica dos resultados, muito particularmente na área da psicopatologia.

Entretanto a validação da narrativa protótipo envolveu metodologias quantitativas, o que concretiza a ideia de Strauss e Corbin (1990) de que métodos qualitativos e quantitativos podem ser usados num mesmo projecto de investigação, sugerindo especificamente os autores que essa combinação corresponda à utilização de dados quantitativos para validar uma análise qualitativa.

Com efeito, a parte empírica desta investigação desenvolveu-se em torno de duas grandes temáticas: (A) a construção de uma narrativa de sujeitos com agorafobia e (B) a validação dessa mesma narrativa, explorando o seu enquadramento e pertinência no contexto discursivo social. A concretização deste projecto implicou o planeamento de um conjunto de cinco estudos exploratórios interdependentes que passamos a apresentar nas suas linhas gerais:

(A) Inclui o *primeiro estudo de construção de uma narrativa protótipo em sujeitos com agorafobia* que consiste num estudo qualitativo, centrado na utilização da *grounded theory* para análise de conteúdo de entrevistas e construção da narrativa protótipo, constituindo a parte central deste trabalho. Participaram neste estudo vinte e quatro sujeitos, com quem realizávamos uma entrevista para preenchimento dos questionários de diagnóstico diferencial e a recolha das narrativas pessoais

significativas. A partir da transcrição dessas entrevistas, efectuámos a análise de conteúdo utilizando como referência os elementos da gramática narrativa para pequenas histórias de Mandler (1984) e a construção da narrativa protótipo.

(B) Inclui os restantes quatro estudos que usam técnicas quantitativas, partilhando um questionário que operacionaliza a questão da validação através da quantificação do grau de identificação de um sujeito com a narrativa, numa escala de Likert de cinco pontos (1 – nenhuma relação com o sujeito, 5 – total relação com sujeito). Após a redacção da narrativa protótipo, colocava-se-nos a questão global de saber que pertinência ela teria para a tipicidade discursiva de sujeitos com agorafobia. Ou, por outras palavras, em que medida se poderia considerar corresponder a um protótipo de sujeitos com essa perturbação. Especificando as questões cuja resposta nos poderiam fornecer pistas sobre a validade desta narrativa protótipo tratava-se de saber: por um lado, se a narrativa protótipo construída tinha mais a ver com sujeitos com agorafobia do que com qualquer outros sujeitos sem uma perturbação emocional; por outro lado, se entre um grupo de narrativas protótipo correspondentes a diversas psicopatologias, aquela era a que se encontrava mais associada a sujeitos com agorafobia, bem como, mais associável ao discurso de sujeitos com agorafobia do que ao de sujeitos com outras perturbações emocionais, de acordo com a opinião de clínicos. Para procurar responder a estas questões, planeámos um conjunto de estudos que sistematizámos em dois eixos de validação, a validação convergente e a validação divergente. A validação convergente propõe a comparação do grau de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia entre um grupo de sujeitos com agorafobia e um grupo controlo, enquanto que a validação divergente pretende discriminar a identificação com diversas narrativas protótipo.

Assim, o *segundo estudo de validação convergente da narrativa protótipo* dedica-se a saber especificamente em que medida a narrativa construída faz mais sentido para os sujeitos com agorafobia do que para os sujeitos sem essa perturbação. Foi seleccionada uma amostra clínica

de trinta e sete sujeitos com agorafobia que funcionou como grupo experimental e uma amostra emparelhada ao nível do sexo, idade, habilitações e profissão de sujeitos sem história de acompanhamento psiquiátrico (ou psicológico de foro clínico) como grupo de controlo. A cada sujeito era apresentada a narrativa, seguida do questionário de identificação, a partir dos quais calculámos a existência de diferenças significativas entre os resultados dos dois grupos.

Ao nível da validação divergente considerámos pertinente estender o nosso estudo a vários níveis de interlocutores da comunidade conversacional desta perturbação, através de uma avaliação por outros, para além dos próprios sujeitos com agorafobia. Para este efeito, decidimos envolver o juízo de três tipos de interlocutores, nomeadamente: os sujeitos com agorafobia, pessoas afectivamente significativas para esses sujeitos e clínicos.

O terceiro estudo de validação divergente da narrativa protótipo junto de sujeitos com agorafobia decorreu com uma amostra de quarenta sujeitos que foram entrevistados individualmente, tendo preenchido um grupo de questionários relativos a dados demográficos, à história da perturbação e à identificação com as narrativas. Os sujeitos eram confrontados com cinco narrativas protótipo correspondentes a perturbações emocionais distintas; mais especificamente, à agorafobia, à depressão, ao alcoolismo, à toxicodependência e à anorexia. Após a sua leitura, era-lhes colocada a questão da discriminação, por duas vezes consecutivas, ora através de uma hierarquização das identificações, ora de avaliação do valor absoluto de identificação com cada uma delas, independentemente da identificação com as restantes. Com base nas médias dos resultados, foi analisada a existência de diferenças significativas entre a identificação com as cinco narrativas protótipo apresentadas aos sujeitos.

O quarto estudo de validação divergente da narrativa protótipo junto de sujeitos significativos teve como amostra quarenta sujeitos escolhidos, respectivamente por cada uma dos sujeitos do estudo anterior, como uma pessoa próxima que os conhecia bem. Para estes sujeitos o

pedido de identificação incidia sobre o familiar ou amigo com agorafobia, sendo-lhes apresentadas as mesmas cinco narrativas e solicitado, tal como descrito para os sujeitos com agorafobia, o preenchimento de dois questionários, um de hierarquização e outro de avaliação das narrativas protótipo. Os resultados destes estudo foram tratados de forma similar aos obtidos com a amostra anterior, testando-se a existência de diferenças significativas entre a identificação de cada uma das narrativas com o familiar/amigo indicadas.

O *quinto estudo de validação divergente da narrativa protótipo junto de clínicos* abarcou dois tipos de questão. Uma questão é semelhante à colocada no estudo anterior aos singnificativos, em que se pretende saber qual das cinco narrativas protótipo mais se identifica com sujeitos com agorafobia. A outra questão é específica para especialistas nesta área e consiste em avaliar o grau em que cada uma das cinco narrativas protótipo poderá corresponder ao discurso de sujeitos com cada uma das cinco perturbações. Neste trabalho interessa essencialmente saber em que medida a narrativa protótipo construída se identifica mais com sujeitos com agorafobia do que com sujeitos com cada uma das outras quatro perturbações representadas pelas restantes narrativas.

Na apresentação que se segue, iremos descrever cada um dos cinco estudos quanto aos objectivos específicos, o método utilizado e os resultados obtidos e terminar com a sua discussão global.

1. Primeiro Estudo:

Construção de uma narrativa protótipo de sujeitos com agorafobia

1.1 Introdução

A natureza do problema de investigação que colocamos, de conhecer as experiências de significação associadas ao fenómeno da agorafobia, remete-nos para uma metodologia qualitativa. Como refere Rennie (1994) "qualitative research is the instantiations of human science" (p.2). Enraizada na fenomenologia e na hermenêutica, a investigação qualitativa recupera para lugar central nos estudos sobre a acção humana, os tópicos do discurso e o significado, envolvendo uma compreensão holística da experiência na sua complexidade. Procura, não propriamente a verdade, mas uma compreensão plausível no corpo científico de conhecimentos sobre determinado fenómeno.

A investigação qualitativa assume para nós o significado proposto por Strauss e Corbin (1990) de um tipo de investigação que produz resultados não atingíveis através de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação, mas derivados dos dados recolhidos por um procedimento interpretativo, que constitui um processo de análise não-matemática. A análise qualitativa empreendida supõe então, como objectivo principal, o desenvolvimento do conhecimento, através da construção indutiva de uma teoria. Construir teorias implica colocar questões de investigação abertas e abrangentes que garantam a flexibilidade e liberdade para explorar o fenómeno em profundidade,

interpretar dados para serem conceptualizados e relacionar os conceitos de modo a formar uma interpretação teórica da realidade (Stiles, 1993). As teorias representam a forma mais sistemática de construir, sintetizar e integrar o conhecimento científico, o que Blumer, Diesing e Glaser sublinham ao afirmar que "the development of theoretically informed interpretations is the most powerful way to bring reality to light" (citados por Strauss & Corbin, 1990, p.22).

Com o objectivo de compreender o fenómeno da construção do conhecimento na agorafobia, centramo-nos na narrativa enquanto princípio organizador da acção humana. A análise narrativa tem como objecto de investigação uma história, na qual se procura ver como é que os entrevistados impõem ordem ao curso da experiência, de forma a dar sentido aos acontecimentos da sua vida (Riessman, 1993). Trata-se, portanto, de um estudo sistemático das experiências de significação dos sujeitos com agorafobia, o qual implica, como já referimos, o recurso a uma metodologia qualitativa.

Neste contexto, a questão de investigação é aberta e abrangente, identificando o fenómeno a ser estudado e não uma teoria a comprovar. Com efeito, o objectivo específico deste primeiro estudo consiste em explorar a possibilidade de identificar uma narrativa comum entre as pessoas que partilham uma determinada perturbação emocional, passível de ser considerada prototípica desse grupo de sujeitos. A *Grounded Theory*, proposta por Glaser e Strauss desde 1967, constitui o método de análise qualitativa seleccionado para este estudo e destina-se a construir uma teoria, neste caso a narrativa protótipo. Assim, os resultados desta investigação irão constituir uma formulação teórica, veiculada através de uma história, a qual segundo Strauss e Corbin (1990), consiste numa narrativa descritiva sobre o fenómeno central em estudo. Através desta teoria os conceitos e as relações entre eles, não são apenas gerados, mas também provisoriamente testados.

1.2 Método

1.2.1 Amostra

O critério de base para a selecção da amostra foi o diagnóstico clínico de agorafobia, com ou sem ataques de pânico, definido pela DSM III-R (APA, 1987/1989), dado constituir a última versão publicada aquando da realização deste estudo (ver Anexo 1).

A constituição da amostra planeada envolvia ainda como critérios de selecção uma distribuição equitativa por ambos os sexos, critérios de idade e de nível sócio-económico, bem como uma avaliação diagnóstica diferencial.

Ao contemplar na amostra ambos os sexos e diferentes grupos etários e sócio-económico-culturais, procurámos abranger vivências diversas da agorafobia e evitar os viés que uma excessiva homogeneidade da amostra acarretaria, nomeadamente a nível da linguagem usada pelos sujeitos na partilha das suas narrativas *auto-biográficas*.

Assim, a amostra inicialmente prevista propunha uma distribuição quantitativamente equilibrada destes três critérios, incluindo dezoito sujeitos com agorafobia, nove do sexo feminino e nove do sexo masculino, distribuídos por três níveis etários (18-25, 30-40 e 45-55 anos), conjugados com três níveis sócio-económicos (1, 3 e 5) de acordo com a classificação proposta por Graffar (ver Anexo 2). Do cruzamento entre

estes três valores para a idade, três para o nível sócio-económico e dois valores para o sexo, resulta o Quadro 1 de 3 x 3 x 2 a seguir apresentado.

Quadro 1
Distribuição da Amostra Prevista por Idade, Nível Sócio-Económico e Sexo (N = 18).

| NÍVEL DO G.R.A.F.F.A.R. | IDADE (anos) | 18 - 25 | 30 - 40 | 45 - 55 |
|----------------------------|-----------------|---------|---------|---------|
| | | | | |
| Superior (Nível 1) | | 1 F | 1 F | 1 F |
| | | 1 M | 1 M | 1 M |
| Médio (Nível 3) | | 1 F | 1 F | 1 F |
| | | 1 M | 1 M | 1 M |
| Baixo (Nível 5) | | 1 F | 1 F | 1 F |
| | | 1 M | 1 M | 1 M |

Contudo, a amostra definitiva desviou-se da amostra prevista, na medida em que esteve dependente dos contactos de sujeitos com agorafobia disponibilizados, em tempo útil para o estudo, pelos psicólogos e psiquiatras que colaboraram connosco. Tendo em conta as dificuldades inerentes à recolha de uma amostra clínica e, quanto à avaliação psicopatológica, as limitações na eficácia dos questionários de auto-relato que mais adiante comentaremos, optamos por contemplar todos os sujeitos cujos clínicos diagnosticaram com agorafobia, independentemente das suas características demográficas e especificidades de diagnóstico.

Os sujeitos da amostra obtida são utentes dos serviços oficiais de psiquiatria do Hospital Universitário de Coimbra, do Serviço de Psicoterapias Comportamentais do Hospital Júlio de Matos ou de serviços privados de psicoterapia.

De todos os sujeitos que aceitaram colaborar, dois tiveram que ser eliminados, devido a problemas técnicos na gravação da entrevista que impediram a sua análise. Em relação a um outro sujeito (S 18) os dados demográficos ficaram incompletos, em virtude de nos ter solicitado não preencher os dados de identificação por já constarem do seu processo de inscrição, acabando por não nos ter sido possível recuperar essa informação.

A amostra definitiva é então composta por vinte e quatro sujeitos, doze de cada sexo e distribuídos pelos cinco níveis sócio-económicos

previstos pelo Graffar: cinco no nível um (superior), oito no nível dois, seis no nível três (médio), três no nível quatro e um no nível cinco (inferior). A distribuição da amostra pode observar-se no Quadro 2 a seguir apresentado, em que se destacam as faixas etárias e os níveis do Graffar esperados para facilitar o confronto com a amostra inicialmente desenhada.

Quadro 2

Distribuição da Amostra Obtida por Idade, Nível Sócio-Económico e Sexo (N = 24).

| IDADE (anos) NÍVEL DO G.R.A.F.F.A.R. | 18 - 25 | 26 - 29 | 30 - 40 | 41 - 44 | 45 - 55 | Total |
|-----------------------------------------------|---------|------------|------------|---------|---------|-----------------|
| Nível 1 (Superior) | | 1 M | 2 F 2 M | | | 5 |
| Nível 2 | | 1 F 1 M | 4 F 1 M | 1 M | | 8 |
| Nível 3 (Médio) | 1 M | 1 M | 1 F 1 M | 1 F | 1 M | 6 |
| Nível 4 | | | 1 F 1 M | | 1 F | 3 |
| Nível 5 (Baixo) | | | | | 1 F | 1 |
| Total | 1 | 4 | 13 | 2 | 3 | 23 ^a |

^a Acerca do 24º sujeito, sabemos apenas que é do sexo masculino, não se encontrando disponível a restante informação, dado que o respectivo processo desapareceu da instituição a que o sujeito recorreu.

Tal como se pode observar no quadro acima apresentado a maioria dos quais se situa no nível 2 (médio-alto) do Graffar e entre os trinta e os quarenta anos, faixa etária esperada numa população clínica, se tivermos em conta que o distúrbio começa mais comumente nos vinte ou trinta anos e que, tipicamente, persiste durante anos, de acordo com os dados fornecidos pela DSM III-R (APA, 1987/1989). Aliás, só se encontrou um sujeito com menos de 25 anos e um outro do nível sócio-económico inferior.

Uma descrição mais pormenorizada das características demográficas da amostra, incluindo o estado civil e o nível de escolaridade dos sujeitos pode ser consultada em anexo (ver Anexo 3).

A avaliação ao nível do diagnóstico dos sujeitos será posteriormente apresentada nos resultados, uma vez que esta acabou

por não servir de critério para a inclusão ou exclusão da amostra, mas apenas de informação descritiva da mesma. Assim, irá suceder-se à descrição dos respectivos instrumentos e contextualizar a nível das condições psicopatológicas os autores das narrativas aí analisadas.

1.2.3 Instrumentos

No que concerne aos instrumentos seleccionados para este estudo podem distinguir-se três grupos, de acordo com o seu objectivo: (1) os instrumentos usados para a recolha de dados demográficos da amostra; (2) os instrumentos destinados à avaliação psicodiagnóstica dos sujeitos; (3) o instrumento destinado à recolha da narrativa pessoal significativa. Passaremos então a apresentá-los por esta ordem que corresponde também à da sua aplicação.

(1) Instrumentos de recolha de dados demográficos

Os dados de identificação, bem como as informações necessárias ao cálculo do índice de Graffar foram recolhidos através de dois pequenos instrumentos que preparámos para o efeito e que a seguir listamos.

1.2.3.1 Ficha de Identificação

Documento a ser preenchido pelo investigador no contexto de uma breve entrevista estruturada para recolha de dados de identificação e de aspectos associados à evolução da perturbação, bem como da respectiva terapia (ver Anexo 4).

1.2.3.2 Questionário de aspectos referentes ao Graffar

Questionário de escolha múltipla que integra as dimensões do Graffar que o investigador, no contexto de uma entrevista em consultório,

não terá acesso a observar directamente; os aspectos em causa consistem nas condições do alojamento e o aspecto do bairro habitado, bem como a questão da fonte dos rendimentos que não será fácil de contextualizar numa entrevista de tipo clínico. Toma-se assim, em consideração a impressão dos próprios sujeitos através de auto-resposta, pedindo que se situem no leque de alternativas de resposta apresentadas (ver Anexo 5). Nos casos em que os sujeitos não têm autonomia do ponto de vista económico (como por exemplo os estudantes), solicita-se essa informação relativamente à pessoa de quem dependem (por exemplo, ao pai, enquanto encarregado de educação).

(2) Instrumentos de avaliação psicodiagnóstica

No planeamento inicial decidimos complementar o diagnóstico clínico com a avaliação psicométrica da agorafobia e com o diagnóstico diferencial relativamente a outras perturbações psicológicas que estão a ser objecto de um estudo semelhante, especificamente a Depressão, a Neurose Obsessivo-Compulsiva, a Dependência Alcoólica, a Toxicodependência e a Anorexia. Assim, para integrar os sujeitos no diagnóstico de agorafobia e excluir outras perturbações como diagnóstico principal, para além do juízo clínico foi exigido não revelar sinais de toxicodependência, de anorexia e, naturalmente, de psicose, nem valores muito elevados em questionários de despiste das restantes perturbações atrás referidas. Neste sentido, foram seleccionados instrumentos que permitissem objectivar a avaliação da agorafobia e o diagnóstico diferencial, de acordo com valores de corte previamente definidos, tendo sido utilizados os seguintes: a Entrevista clínica semi-estruturada para a agorafobia, versão modificada da ADIS-R, o Questionário de Medos, o Inventário Depressivo de Beck, o Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões e o Le Gô, destinando-se os três últimos ao diagnóstico diferencial, respectivamente, da depressão, do quadro obsessivo-compulsivo e do alcoolismo. De todos estes instrumentos só a entrevista clínica semi-estruturada (ADIS-R) e a escala de avaliação da dependência

alcoólica não são de auto-resposta, como se pode constatar na descrição sumária de cada um que a seguir apresentamos.

1.2.3.3 *Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R)*

A escala *Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised* (ADIS-R), criada em 1985 por Di Nardo e Barlow, Cerny, Vermilyea, Himadi e Waddel e traduzida e adaptada por Gouveia (1990), constitui uma entrevista clínica estruturada, que se destina a avaliar os sujeitos segundo os critérios da DSM III-R, proporcionando uma avaliação clínica complementar à auto-avaliação do sujeito. Neste estudo utilizámos apenas a parte que diz respeito à Agorafobia (ver Anexo 6), valorizando particularmente a questão do grau de interferência do problema na vida do sujeito. Este grau foi assumido como um índice de avaliação clínica para agorafobia, esperando-se para a sua confirmação um valor de três ou quatro, correspondentes a uma interferência severa ou muito severa.

1.2.3.4 *Questionário de Medos (Q.M.)*

O *Questionário de Medos (Q.M.)* é um questionário de auto-avaliação da ansiedade fóbica proposto inicialmente por Wolpe e Lang em 1964 numa versão longa e exaustiva. Marks e Mathews em 1979 reduziram o instrumento ao conjunto mínimo de itens que consideraram pertinentes no tratamento de pacientes fóbicos. Essa versão recebeu uma aceitação generalizada e foi traduzida para português em 1982 e aferida por Baptista em 1989 (ver Anexo 7). Trata-se de uma escala breve, de vinte e quatro questões que englobam a avaliação de uma fobia específica que o cliente deseja ver tratada, da fobia global, de outras quinze fobias e cinco sintomas não fóbicos habitualmente associados às fobias. Respectivamente, pode assim obter-se oito medidas: o *índice fóbico principal* (IFP), o *índice fóbico global* (IFG) - reflecte o mal estar subjectivo e a limitação comportamental que os medos provocam

-, a *agorafobia* (Ag) - composto por cinco itens relacionados com os medos agorafóbicos -, *fobia de sangue* (Sg), *fobia social* (Sa), *evitação total* (Et), *ansiedade-depressão* (AD) - composto por cinco itens de sintomas não fóbicos que indicam a presença de uma perturbação afectiva mais geral - e *pânico* (P). No estudo realizado em Portugal (Baptista, 1989) a validade de constructo parece demonstrada pelo facto de os sujeitos diagnosticados com agorafobia terem valores muito mais elevados nas subescalas de agorafobia e os índices de fidelidade e sensibilidade à mudança serem também bastante aceitáveis. A população portuguesa de sujeitos com agorafobia apresentou na subescala da agorafobia totais mais elevados do que os descritos nos outros países, tendo a totalidade dos sujeitos da amostra valores superiores a vinte e cerca de 96% superiores a 25, pelo que este é o valor de corte sugerido pelo autor e assumido por este estudo.

1.2.3.5 *Inventário Depressivo de Beck (B.D.I.)*

O *Inventário Depressivo de Beck* (B.D.I./Beck Depression Inventory) foi elaborado por Beck, Ward, Mendelsohn, Mock e Erbaugh em 1961 e aferido para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu em 1973 (ver Anexo 8). Este questionário tem como objectivo avaliar sintomatologia depressiva, organizada em seis parâmetros: sintomas de natureza afectiva, cognitiva, motivacional, delirante, física e funcional (sono, apetite, peso e líbido). É constituído por vinte e um itens, cada um com quatro ou cinco afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma. A tarefa do sujeito consiste em escolher a afirmação que está mais próxima do seu estado actual.

As qualidades psicométricas deste questionário, documentadas por diversos estudos (Erbaugh, 1961; Miller & Seligman, 1973; Beck, 1961, citados por Maia, 1998), apontam para uma boa consistência interna, uma fidelidade teste-reteste elevada, validade de constructo em correlação com o juízo clínico de 0.72 e validade concorrente moderada a alta. Estes índices de fidelidade e validade razoáveis, a par do leque

amplo de sintomatologia que abarca e do facto de estar aferido para a população portuguesa, conduziram à selecção do presente instrumento para nosso estudo.

A definição do valor de corte baseou-se na análise de alguns estudos que permitiram constatar que os resultados no B.D.I. para populações não clínicas podem oscilar entre 7.52 e 12.34, enquanto que para sujeitos moderadamente deprimidos os valores se situam entre 16 e 26.33 e, finalmente, para sujeitos deprimidos com níveis elevados de cognições disfuncionais, os resultados médios são de 31.58 (Gibbs, 1985; Barron & Perron 1986; Vredenburg, O'Brien & Krames, 1988; Norman, Miller & Dow, 1988; Baron & Peixoto, 1991; citados por Alves, 1993). Num estudo com doentes deprimidos Vaz Serra e Pio de Abreu (1973) utilizam como ponto de corte o valor 12 na versão Portuguesa da escala. Posteriormente, um estudo nacional sobre factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão (Gouveia, 1990) inspirado no ponto de corte indicado em estudos de Beck e colaboradores em 1987 sugere a utilização do valor 10, a qual adoptamos neste trabalho.

1.2.3.6 *O Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões (M.O.C.)*

O Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões (M.O.C. / Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory) foi proposto por Hodgson e Rachman em 1977 e destina-se à avaliação de sintomatologia obsessivo-compulsiva. Trata-se de um questionário constituído por trinta itens que abrangem temáticas variadas, como os rituais de limpeza e de verificação, medo de contaminação e rigidez de pensamento, com um formato de resposta de verdadeiro ou falso, sendo o resultado máximo de trinta pontos (ver Anexo 9). O valor de corte utilizado (menor ou igual a 10) foi definido de acordo com o praticado pela equipa da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que se encontra a proceder à aferição deste instrumento para a população portuguesa.

1.2.3.7 *Teste Le Gô*

O Le Gô é um teste destinado à avaliação de sinais de alcoolismo, utilizado muito frequentemente sem referências a normas e mais numa perspectiva de despiste de alcoolismo, do que de confirmação definitiva do diagnóstico. A escala apela à observação de sinais que incluem sinais exteriores e tremores cardinais (ver Anexo 10). No que diz respeito aos sinais exteriores, cada sujeito é observado ao nível da face, conjuntivas e língua, sendo estes sinais comparados com fotografias padrão e codificados de 0 (normal) a 5 (bebedor excessivo). Relativamente aos tremores, é avaliada a sua amplitude (entre 0 e 5) ao nível da boca, língua e extremidades, normalmente as mãos. A avaliação dos chamados sinais complementares, como os distúrbios subjectivos (do tipo nervoso, digestivo ou motor), o volume do fígado, o peso e a tensão arterial, não foi contemplada neste estudo. A disponibilização e formação na aplicação desta escala foi-nos concedida pelo Centro Regional de Alcoologia do Porto do Hospital Magalhães Lemos, tendo sido também adoptado o valor de corte de 13 aí praticado.

(3) Instrumento de recolha da narrativa pessoal significativa

A metodologia usada para a selecção da narrativa pessoal significativa foi a entrevista, dado que constitui um método particularmente válido para estudar o discurso e o significado (Mishler, 1986). A entrevista é concebida como uma forma de discurso, tal como Mishler propõe, na perspectiva de reformular a tradição positivista, em que as questões e as respostas constituíam apenas estímulos e respostas, conduzindo a esforços massivos de standardização da situação de entrevista. A abordagem alternativa parte dos seguintes pressupostos: as entrevistas são acontecimentos discursivos, o discurso é construído em conjunto pelos entrevistadores e os entrevistados, a análise e a interpretação são baseados numa teoria do discurso e do significado e os significados das questões e respostas são contextualizados (Mishler, 1986). Neste sentido, devem ser desenvolvidos métodos sistemáticos

para a condução e análise de entrevistas, que preservem as suas características essenciais como discurso. Passaremos a apresentar a entrevista que utilizamos para selecção da narrativa pessoal significativa de cada sujeito e constituiu o instrumento central deste estudo.

1.2.3.8 Entrevista de Recordação de Narrativas Protótipo

A *Entrevista de Recordação de Narrativas Protótipo* (ver Anexo 11) proposta por Gonçalves (1991) constitui uma versão modificada da *Unforgettable Experience Recall* (Weinstein & Alschuler, 1985). Esta entrevista compreende duas partes, cada uma com vários passos:

1ª Parte - Consiste na recordação da experiência, a qual se procura facilitar através dos seguintes passos:

- (a) Introdução com o objectivo de explicar ao sujeito o processo a seguir para a recordação da experiência inesquecível;
- (b) Indução de uma atitude de relaxamento com o objectivo de criar um estado de descontração facilitativo do processo associativo das representações;
- (c) Regressão temporal com o objectivo de proporcionar ao sujeito a recordação de um maior número de experiências significativas, próximas e distantes;
- (d) Selecção da experiência com o objectivo de permitir a identificação do episódio a ser posteriormente explorado no decurso da entrevista.

2ª Parte - Consiste na realização de uma entrevista audio-gravada, em que se trabalha a recordação seleccionada através dos seguintes parâmetros:

- (a) Identificação da experiência com o objectivo de facilitar a transição para o "aqui e agora" da entrevista e assegurar a selecção de uma experiência concreta;
- (b) Concretização da experiência com o objectivo de identificar os pormenores concretos do episódio;

- (c) Exploração das respostas internas emocionais com o objectivo de explorar a identificação das respostas internas a nível emocional;
- (d) Exploração das respostas internas cognitivas com o objectivo de explorar a identificação das respostas internas a nível cognitivo;
- (e) Finalização com o objectivo de obter comentários e assegurar a transição entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária.

1.2.3 Procedimentos

1.2.3.1 Recolha dos Dados

A proposta de colaboração neste estudo, aos sujeitos com agorafobia, foi efectuada pelo psiquiatra ou psicólogo clínico que acompanhava o caso e que procedia à apresentação do investigador, assegurando que a participação seria voluntária e que o trabalho aí desenvolvido seria independente do acompanhamento que lhes estava a ser prestado.

No primeiro contacto com o sujeito efectuavam-se as devidas apresentações, a proposta de colaboração voluntária, após o que passávamos à sua identificação e avaliação psicométrica, deixando para uma última fase a entrevista de recolha das narrativas pessoais significativas. Estas fases serão a seguir descritas de forma mais detalhada.

Para formalizar o carácter voluntário da participação, no início do encontro o entrevistador e o entrevistado assinavam uma declaração com as condições da mesma e em que o sujeito explicitava o seu consentimento por escrito (ver Anexo 12).

A seguir, eram preenchidos os dados de identificação, bem como as informações necessárias para o cálculo do índice de Graffar.

Depois, tinham lugar os instrumentos de avaliação psicodiagnóstica, especificamente a entrevista da ADIS-R para a

agorafobia, quando o clínico responsável pelo caso não a tinha já utilizado no diagnóstico da situação. Em seguida, eram administrados os questionários de auto-avaliação, sendo a ordem geralmente a mesma em todos os casos e os cuidados específicos no seu preenchimento dependentes do nível socio-cultural dos sujeitos. O método seguido para o preenchimento do Questionário de Medos, do Inventário Depressivo de Beck e do Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões variou, de acordo com a vontade manifestada pelos sujeitos quanto à nossa ajuda para essa tarefa. Na maioria dos casos, após a entrega do questionário, confirmava-se com o sujeito a compreensão das instruções e depois o preenchimento era autónomo. O entrevistador mantinha-se sempre disponível para qualquer dúvida ou reflexão que o sujeito quisesse partilhar, o que aliás ocorreu com muita frequência, permitindo ao investigador observar as diferenças de interpretação em relação aos vários itens e a consequente subjectividade das respostas inter-sujeitos. Noutros casos os sujeitos requeriam a leitura de cada item e o acompanhamento no preenchimento da resposta. Numa situação preenchemos nós todo o questionário, de acordo com a indicação rigorosa do sujeito que verbalizava e apontava para a resposta que lhe interessava assinalar. Em todos os casos, no início do preenchimento do *Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões*, os sujeitos foram alertados para a existência de itens formulados com uma dupla negação, requerendo uma particular atenção para o seu entendimento.

Nesta etapa do procedimento surgiram duas irregularidades. Um caso em que o sujeito (S2) não preencheu connosco o questionário de medos, por já o ter feito noutra altura, pelo que nos cingimos ao valor disponibilizado pelo clínico que se referia apenas à *subescala* de agorafobia. Outro caso (S 3) em que não dispomos do valor do BDI, dado que este questionário também já tinha sido realizado pelo sujeito, embora depois não nos fosse possível ter acesso ao seu resultado.

Concluída essa primeira fase, prosseguíamos com a realização da *Entrevista de Recordação de Narrativas Protótipo*, para selecção da narrativa pessoal significativa. Todos os sujeitos aderiram à indução de

uma atitude de relaxamento, como forma de facilitar o seu processo de recordação guiada de experiências através da vida. Com frequência, os sujeitos seleccionavam recordações que correspondiam a uma fase da vida ou a experiências com muitos episódios, sendo-lhes difícil delimitar um único acontecimento. A propósito, o discurso inicial dos sujeitos, em alguns casos, fazia-nos lembrar o comentário de Riessman (1993) de que as histórias contadas nas entrevistas de investigação é raro serem claramente localizadas e “fronteiradas” em relação a outros episódios, envolvendo um princípio, meio e fim evidentes. De facto, nem todas essas narrativas são histórias no sentido linguístico do termo, pois os indivíduos relatam as experiências usando uma variedade de géneros narrativos (Riessman, 1993). Com efeito, foi necessário um processo gradual de fazer prevalecer a narrativa centrada num tópico, em que o entrevistador e o entrevistado iam co-delimitando um episódio passado, sobre o qual se fazia então correr um “filme” detalhado de toda a situação. Foi manifesto o grande envolvimento dos sujeitos na entrevista, dada a emotividade e gosto que mostraram em desenvolver as suas histórias.

A recolha de dados foi realizada pela autora com a colaboração de uma outra psicóloga que se encontrava a trabalhar no Hospital Júlio de Matos e que se responsabilizou por a efectuar junto dos utentes desse contexto. Para esse efeito, a profissional foi devidamente formada na realização da entrevista estruturada de tipo clínico, usada para a recolha das narrativas pessoais significativas. Num primeiro momento, foi-lhe apresentada teórica e detalhadamente a entrevista, a seguir assistiu à sua aplicação com sujeitos diagnosticados com agorafobia naquele hospital e, finalmente, as primeiras gravações que realizou foram cuidadosamente analisadas e discutidas, no sentido de manter claros os objectivos da entrevista neste estudo.

Todo o processo ocorreu em contexto de privacidade, geralmente mantendo-se o local de consulta habitual do sujeito, ou usando um espaço clínico alternativo que também lhe fosse familiar.

1.2.3.2 Análise dos Dados

Numa primeira fase, centrámo-nos na cotação, leitura e análise dos resultados obtidos nos questionários usados para a descrição psicodiagnóstica dos sujeitos da amostra.

A análise central desta investigação consistiu na utilização da *grounded theory* para a construção de uma narrativa protótipo, a partir das narrativas pessoais significativas dos diversos sujeitos. Em virtude da especificidade deste modelo de análise e da importância da transparência do processo para a validação dos resultados, passaremos a expor em linhas gerais esta metodologia, de modo a facilitar o acompanhamento da análise que será apresentada nos resultados e permitir melhor ajuizar da sua validade.

A *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967) propõe um conjunto de procedimentos para desenvolver uma teoria indutivamente derivada do estudo sobre o fenómeno. As técnicas sistemáticas garantem precisão e rigor ao processo analítico. A outra componente vital deste método é a criatividade, no sentido de permitir ao investigador questionar as suposições prévias, colocar questões que eliciem novos *insights* sobre o fenómeno e criar uma nova ordem. Este método implica, assim, um balanço entre criatividade e rigor, o qual exige persistência e sobretudo sensibilidade teórica, estimulada por alguma literatura técnica específica, sem que seja necessária uma revisão exaustiva da bibliografia.

O processo central de construção da teoria a partir dos dados é a codificação, que representa a operação através da qual os dados são decompostos, conceptualizados e voltados a juntar de novas formas. Por outras palavras, trata-se de explorar a potencialidade dos dados para construir uma teoria que signifique o fenómeno em estudo.

Passaremos então a utilizar este método, tendo em conta os três princípios básicos da *grounded theory*: analisar é fazer interpretações, aplicar de forma flexível os procedimentos e manter um questionar permanente ao longo de todo o processo.

No âmbito da *grounded theory*, o processo de construção da narrativa protótipo proposto por Rennie, Philips e Quartaro (1988),

desenvolve-se ao longo de cinco fases distintas:

- (1) Recolha de dados - selecção das narrativas pessoais significativas, entrevista;
- (2) Categorização - transcrição e análise das narrativas pessoais significativas de acordo com a gramática narrativa proposta por Mandler (1984);
- (3) *Memoing* - codificação da análise das narrativas pessoais significativas em categorias emergentes;
- (4) Parcimónia - organização hierárquica das categorias emergentes;
- (5) Construção da teoria - construção da narrativa protótipo com base na categorização efectuada.

A seguir iremos apresentar com algum detalhe em que consiste cada uma destas fases.

(1) Recolha de Dados

Tal como atrás referimos, a entrevista foi a técnica de recolha de dados eleita para a selecção da narrativa pessoal significativa. Nomeadamente, utilizámos como entrevista uma versão modificada da *Unforgettable Experience Recall* (Weinstein & Alschuler, 1985), proposta por Gonçalves (1991) com a designação de *Entrevista de Recordação de Narrativas Protótipo*. Esta fase foi já descrita em pormenor a propósito dos instrumentos e do procedimento, pelo que passaremos às seguintes.

(2) Categorização

Terminada a selecção das narrativas pessoais significativas, procede-se à transcrição e análise das entrevistas.

A transcrição consiste na representação do registo audio-gravado em "discurso escrito", nas palavras de Ricoeur (citado por Riessman, 1993). Trata-se de um terceiro nível de representação no processo de investigação da experiência, que tal como qualquer outro é incompleto,

parcial e selectivo. Transcrever o discurso é uma prática interpretativa e as decisões acerca de como transcrever (o que incluir, como organizar e apresentar) tem implicações no modo como nas fases seguintes se vai compreender a narrativa (Riessman, 1993). Neste estudo, procedemos à transcrição total das entrevistas e respectiva verificação.

A análise das entrevistas, seguindo a linha proeminente na investigação narrativa entre os psicólogos cognitivistas, baseia-se na estrutura das histórias. Segundo Riessman (1993), trata-se de um quarto nível de representação que surge quando o investigador explicitamente analisa a transcrição. Optou-se por analisar o conteúdo das narrativas pessoais significativas, através da estrutura da gramática narrativa para pequenas histórias (Mandler, 1984). O princípio de Mandler diz que organizar é memorizar e memorizar é organizar e o autor defende que o conhecimento está representado na mente humana através de formas específicas de organização. De acordo com a definição, a gramática narrativa consiste no seguinte:

is a rule system devised for the purpose of describing the regularities found in one kind of text. The rules describe the units of which stories are composed, that is, their constituent structure, and the ordering of the units, that is, the sequences in which the constituents appear. (Mandler, 1984, p.18)

A gramática da história descreve então, a forma como as histórias são estruturadas, especificando as unidades de que são construídas e o modo como estão sequenciadas (Mandler, 1984). Neste sentido, a análise que realizamos compreende a organização da informação em sete categorias:

- (1) Contexto - informação sobre as circunstâncias em que a história ocorreu, referindo-se habitualmente aos elementos estáticos da situação, como por exemplo o local, os personagens envolvidos e a localização temporal;
- (2) Acontecimento precipitante - aspectos dinâmicos da narrativa, representando o acontecimento que determina uma reacção por parte do protagonista;

- (3) Respostas internas - conjunto de respostas cognitivas e emocionais desencadeadas pelo acontecimento precipitante;
- (4) Objectivo - "meta" determinada pelo acontecimento precipitante, na sequência das respostas internas;
- (5) Acções - comportamentos do sujeito que têm em vista a realização do objectivo;
- (6) Resultado - sucesso ou insucesso das tentativas de realização do objectivo;
- (7) Finalização - reacções finais do protagonista e significado atribuído ao episódio.

(3) *Memoing*

Esta fase envolve a identificação das chamadas *categorias emergentes*, nas narrativas pessoais significativas anteriormente analisadas. Resulta na identificação das categorias mais comuns no conjunto das narrativas pessoais, relativamente a cada uma das sete categorias da gramática narrativa.

Este processo de identificação das categorias emergentes, bem como o da sua posterior hierarquização foram processados computorialmente através do programa *Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising - Nudist Stand - Alone v. 2.3.1*. (Richards, Richards, McGalliard & Sharrock, 1992), para Macintosh.

O N.U.D.I.S.T. constitui um programa para gerir, organizar e apoiar investigações com projectos de análise qualitativa dos dados. Tem a particularidade de assegurar todos os procedimentos necessários, concretamente categorizar, examinar e teorizar. Este programa vai inteiramente ao encontro dos objectivos da *grounded theory*, permitindo ao utilizador incorporar a compreensão emergente no ambiente do computador. Através de um conjunto de técnicas que devolvem os resultados dentro do próprio sistema e permitem ao investigador controlar a sua reorganização, será facilitado o processo de procurar e questionar os significados que emergem dos dados, encorajando, simultaneamente,

a construir e testar a teoria.

Este programa apoia os vários procedimentos criando dois sistemas, um para a instalação de documentos e informação a ser analisada ("document system"); outro para o armazenamento das referências, ideias, conceitos, categorias emergentes, enfim, tudo o que se pensou acerca do projecto e que constitui o sistema de categorização ("index system"). Categorizar neste método refere-se, não ao processo de codificação habitual que se cinge a designar unidades de texto, mas à construção e exploração de novas categorias. Quando se tem uma lista de categorias muito longa, elas são agrupadas, localizando "laços" e "nós" de forma a tentar formar uma espécie de *clusters*, que depois podem ser organizados em *subcategorias*.

Os sistemas de categorização para projectos qualitativos normalmente derivam de três fontes: (1) categorias já existentes (por exemplo, as sete propostas na gramática narrativa); (2) lógica, isto é, equacionar logicamente quais as categorias que se incluem, quais as alternativas, levantando questões úteis não apenas para a organização das categorias, mas também para a teorização de acordo com o "paradigma da codificação" (Strauss, 1987, citado por Richards et al., 1992, p.117); (3) teoria emergente, em que desde o início se criam categorias em função dos dados, determinando a sua relação com as categorias pré-existentes e construindo um sistema dinâmico que cresce e se modifica de forma coerente e organizada. O NUDIST permite guardar as categorias e subcategorias estruturadas na forma de árvore, facilitando a sua manipulação. Pode-se criar um sistema de categorização mais ou menos complexo, tendo em consideração que ele deve representar a forma mais flexível que encontramos de relacionar os dados.

Através do NUDIST torna-se então, possível construir, explorar e gerir um sistema de categorização que constitui, simultaneamente, uma imagem do que já se realizou e o conteúdo para continuar a complexificar o projecto. Deve sempre preservar-se como objectivo a flexibilidade e o controlo do sistema de categorização, para que possa ser reorganizado e modificado à medida que novos conceitos vão emergindo dos dados.

Trata-se de manter sempre em aberto a possibilidade de remodelar e aumentar a categorização, de acordo com o crescimento da nossa compreensão e capacidade de elaboração teórica.

(4) Parsimónia

Nesta fase procede-se à organização hierárquica das categorias emergentes, o que implica a abstracção das semelhanças entre as diversas categorias anteriormente identificadas e sua organização numa categoria mais abrangente. Portanto, em geral, esta codificação tem que transcender o óbvio, procurando o que há de comum nas categorias emergentes. No entanto, nos casos em que as categorias emergentes são evidentes e concretas seleccionam-se como categorias hierárquicas. Trata-se assim de um processo que implica a sensibilidade teórica do investigador, no que se refere ao conhecimento do fenómeno em causa e à sua criatividade (Strauss & Corbin, 1990). A criação das categorias hierárquicas também foi realizada com o auxílio do programa *Nudist Stand - Alone v. 2.3.1.* para Macintosh.

(5) Construção da Teoria

No fim da análise, o investigador cria uma meta-história que representa o significado do conjunto das narrativas, editando e redeterminando o que foi dito, através de uma história híbrida, um "documento falso" (Behar citado por Riessman, 1993).

Por outras palavras, as histórias orais da experiência pessoal dos entrevistados são passadas em conjunto para um documento diferente. Neste caso, trata-se da construção de uma narrativa protótipo, com base nas categorias hierárquicas identificadas e respeitando as sete categorias gramaticais subjacentes, sem que o texto que se vai escrever faça alusão directa à agorafobia.

Os resultados a seguir apresentados irão reflectir o trabalho desenvolvido ao longo das últimas quatro fases da *grounded theory*.

1.3 Resultados

Tendo em consideração a natureza distinta dos resultados obtidos através dos questionários de avaliação diagnóstica e da entrevista, passaremos a organizá-los, respectivamente, em duas fases, começando pelos de diagnóstico que completam a descrição da amostra e focando, num segundo momento, os da análise narrativa que constituem o cerne deste estudo.

1.3.1. Resultados da avaliação diagnóstica

De acordo com os instrumentos apresentados, usamos como escalas para descrição detalhada e confirmação do diagnóstico a Entrevista clínica semi-estruturada para a agorafobia, versão modificada da ADIS-R e o Questionário de Medos (QM).

Relativamente à versão aplicada da ADIS-R, cuja administração nos permitiu entrar em contacto com o sujeitos e o seu problema, apurámos que para todos os casos diagnóstico de agorafobia era claramente apropriado e que o grau de interferência da perturbação na vida quotidiana era sempre mais do que moderada e, geralmente, forte.

Quanto aos resultados da auto-avaliação no Questionário de Medos, verificámos na *subescalas* da agorafobia que apenas oito sujeitos

apresentam um valor igual ou superior a vinte e cinco, definido como o ponto de corte a partir do qual se considera estar presente a respectiva patologia. Contudo, não colocámos em dúvida o diagnóstico de agorafobia, uma vez que se encontra já clinicamente confirmado, embora nos pareça pertinente aprofundar a análise das respostas dos sujeitos, alargando a todos os índices do Q.M. O Quadro 3 a seguir apresentado discrimina os valores de cada uma das *subescalas* para os sujeitos da nossa amostra.

Quadro 3

Resultados das Subescalas do Questionário de Medo (Q.M.),
por sujeito

| SUJEITOS | AG Agorafobia | ET Evitação Total | IFG Índ.Fóbico Global | P Pânico | AD Ansiedade- Depressão | SG Fobia de Sangue | SA Fobia Social | IFP Índ.Fóbico Principal |
|----------|------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| S 1 | 8 | 44 | 4 | 8 | 48 | 16 | 20 | 8 |
| S 2 | 16 | 7 ^a | 7 ^a | 7 ^a | 7 ^a | 7 ^a | 7 ^a | 7 ^a |
| S 3 | 21 | 30 | 6 | 7 | 32 | 7 | 2 | 6 |
| S 4 | 23 | 43 | 7 | 8 | 33 | 13 | 7 | 7 |
| S 5 | 29 | 97 | 8 | 6 | 35 | 34 | 34 | 8 |
| S 6 | 30 | 49 | 4 | 8 | 38 | 7 | 12 | 6 |
| S 7 | 33 | 60 | 7 | 8 | 22 | 18 | 9 | 8 |
| S 8 | 29 | 58 | 5 | 4 | 21 | 16 | 13 | 8 |
| S 9 | 32 | 64 | 4 | 4 | 16 | 12 | 20 | 8 |
| S 10 | 11 | 60 | 7 | 8 | 24 | 32 | 19 | 1 |
| S 11 | 12 | 40 | 3 | 6 | 21 | 15 | 13 | 8 |
| S 12 | 5 | 11 | 4 | 5 | 27 | 5 | 1 | 0 |
| S 13 | 18 | 41 | 4 | 4 | 14 | 8 | 15 | 6 |
| S 14 | 5 | 37 | 2 | 6 | 28 | 16 | 16 | 0 |
| S 15 | 0 | 19 | 6 | 8 | 26 | 14 | 5 | 8 |
| S 16 | 11 | 22 | 5 | 2 | 16 | 8 | 3 | 0 |
| S 17 | 40 | 94 | 6 | 6 | 29 | 30 | 24 | 8 |
| S 18 | 8 | 40 | 4 | 4 | 25 | 17 | 16 | 0 |
| S 19 | 13 | 39 | 4 | 3 | 16 | 14 | 12 | 1 |
| S 20 | 28 | 92 | 7 | 8 | 28 | 36 | 28 | 8 |
| S 21 | 12 | 20 | 4 | 3 | 10 | 7 | 1 | 0 |
| S 22 | 18 | 61 | 6 | 4 | 19 | 22 | 21 | 8 |
| S 23 | 9 | 24 | 0 | 3 | 14 | 13 | 2 | 0 |
| S 24 | 28 | 47 | 8 | 8 | 28 | 7 | 9 | 8 |

^a Não dispomos dos valores das outras subescalas, dado que este instrumento tinha já sido administrado por outro investigador que nos forneceu apenas o resultado da Ag.

A leitura do Quadro 3 permite pois constatar que os valores obtidos na subescala da Agorafobia são inferiores aos descritos por Baptista (1989) no seu estudo com sujeitos diagnosticados com agorafobia, embora as amostras sejam diferentes, pois no seu caso todos os sujeitos tinham ataques de pânico. No entanto, se considerássemos o valor de corte de

15, proposto por Cobb em 1984 (citado por Baptista, 1989), passávamos a ter treze sujeitos da amostra que se situam acima desse valor, bem como um resultado médio superior a ele (18.3). Também, se considerarmos o Índice Fóbico Global (IFG), que é a outra medida frequentemente utilizada na avaliação da agorafobia (Emmelkamp Kuipers, 1979; Gelder et al., 1973; Michelson, 1987; Williams, 1985 citados por Baptista, 1989), encontramos um valor médio de cinco, embora o leque de valores obtidos abranja toda a escala (de 0 a 8). Uma vez mais, os resultados apresentados por Baptista (1989) são superiores, dado que se afiguram sempre iguais ou maiores do que cinco. Entretanto, o índice de pânico é, em média de 5.70, bem como, o índice fóbico principal, cuja média é de 5.35 e o conteúdo do medo converge em todos os casos com os considerados típicos da patologia agorafóbica. Estes valores mostrando-se claramente acima do ponto média da escala (de zero a oito), o que parece reforçar o diagnóstico de agorafobia, sabendo-se da frequente associação entre a agorafobia e o pânico. Finalmente, se atendermos às médias dos valores das restantes *subescalas*, verificamos que a média da ansiedade-depressão (24.78) é superior à da agorafobia de 18.29, mas que, por sua vez, esta é notoriamente superior à da fobia de sangue (15.96) e à da fobia social (13.13), contribuindo esta última para despistar a presença da respectiva perturbação.

No que se refere ao diagnóstico diferencial utilizámos, tal como consta nos instrumentos, o Inventário Depressivo de Beck (BDI), o Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões (MOC) e o Le Gô, cujos valores obtidos pelos sujeitos da nossa amostra ($N=24$), figuram no Quadro 4 a seguir apresentado.

Quadro 4

Resultados da Avaliação Diagnóstica Diferencial, por sujeito.

| SUJEITOS | BDI (≤ 10) | MOC (≤ 10) | LE GÔ (≤ 13) |
|----------|----------------------|----------------------|------------------------|
| S 1 | 14 | 22 | 0 |
| S 2 | 13 | 9 | 0 |
| S 3 | 7 ^a | 8 | 0 |
| S 4 | 17 | 10 | 0 |
| S 5 | 35 | 12 | 0 |
| S 6 | 3 | 2 | 0 |
| S 7 | 16 | 2 | 0 |
| S 8 | 8 | 1 | 0 |
| S 9 | 15 | 12 | 0 |
| S 10 | 17 | 10 | 0 |
| S 11 | 24 | 6 | 0 |
| S 12 | 15 | 6 | 0 |
| S 13 | 5 | 4 | 0 |
| S 14 | 15 | 9 | 0 |
| S 15 | 9 | 14 | 0 |
| S 16 | 13 | 9 | 0 |
| S 17 | 26 | 10 | 0 |
| S 18 | 31 | 23 | 0 |
| S 19 | 34 | 13 | 0 |
| S 20 | 13 | 6 | 0 |
| S 21 | 4 | 7 | 0 |
| S 22 | 18 | 18 | 0 |
| S 23 | 9 | 11 | 0 |
| S 24 | 21 | 10 | 0 |

^a Esta escala já tinha sido preenchida pelo sujeito noutro momento de avaliação clínica, pelo que optamos por não a voltar a repetir e depois, contrariamente às expectativas, não foi possível obter o seu resultado.

A análise do Quadro 4 permite verificar que no questionário da depressão a média dos resultados é de 16.30, valor superior á média de 9.75 no questionário das obsessões compulsões. Constatamos ainda que os valores de corte para o B.D.I. e o M.O.C. são ultrapassados por diversos sujeitos da amostra, enquanto que os resultados do Le Gô nunca ultrapassam o zero, excluindo em absoluto o diagnóstico de alcoolismo ou qualquer tipo de co-morbilidade com essa perturbação. Já em relação à depressão e à obsessão-compulsão consideramos merecer uma reflexão mais detalhada, pelo que comentaremos na posterior discussão dos resultados.

1.3.2 Resultados da análise das narrativas pessoais significativas

Como ficou já referido no procedimento, a metodologia de análise das narrativas compreendeu quatro fases, sucessivamente, a categorização, *memoing*, parcimónia e construção da teoria, as quais passaremos a apresentar.

1.3.2.1 Categorização das narrativas pessoais significativas

A primeira fase da análise propriamente dita das narrativas pessoais significativas consistiu numa síntese do conteúdo de cada uma, segundo as sete categorias da gramática narrativa proposta por Mandler (1984). Assim, cada narrativa é categorizada de acordo com o contexto, o acontecimento precipitante, as respostas internas, o objectivo, as acções, o resultado e a finalização, procurando-se manter o mais possível o discurso do sujeito. Foram omitidos os nomes de pessoas, bem como de locais e cada sujeito foi identificado com a letra "S", de forma a garantir o anonimato. As entrevistas completas não se encontram em anexo, para preservar a confidencialidade dos dados. A categorização das vinte e quatro narrativas pessoais significativas é a seguir apresentada, identificando-se cada uma com o respectivo código, por exemplo "AGO S 1".

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 1

S. desenvolve uma narrativa sobre a ida para o colégio que fica numa vila, onde é criada por uma tia e madrinha, a qual descreve como muito rigorosa. Após terminar a escola primária, por sugestão da mãe, ou mais provavelmente por vontade própria, decidem que vai continuar os estudos, para o que tem que sair da sua aldeia. Numa viagem para o colégio, após as férias de Verão, a mãe obrigou-a a deixar a sua casa e ir de burro com o irmão mais novo até outra aldeia, onde passava a camioneta. No caminho S. decide que não vai e ficam a apanhar figos, para fazer tempo e depois dizer à mãe que quando chegaram a camioneta já tinha partido. P Quando chegou a casa, a mãe bateu-lhe e obrigou-a a ir no dia seguinte, o que S. cumpriu resignada. Satisfeita por ter realizado o seu desejo do momento, sente, no entanto, que esta situação lhe custou muito e que ilustra a infância contrariada e rigorosa que viveu.

CONTEXTO: Caminho entre campos na viagem da sua aldeia para outra, onde passa a camioneta. Vai a pé, acompanhada pelo irmão dois anos mais novo e um burro que transporta as bagagens. S. tem 11, 12 anos de idade e anda no ciclo preparatório.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Após as férias, a mãe manda-a dois dias antes do início das aulas para casa da tia, obrigando-a a partir até à aldeia mais próxima para apanhar a camioneta.

RESPOSTAS INTERNAS: Pena de deixar a aldeia, o irmão, os outros familiares e as brincadeiras. Medo de ir enfrentar o rigor da tia. Rancor e revolta contra a mãe por a obrigar a fazer o que não quer. Sente-se contrariada e deseja não ir. Decide perder a camioneta.

OBJECTIVO: Voltar para a sua aldeia e não ir à escola.

ACÇÕES: Mandou o irmão parar, ataram o burro e andaram aos figos para passar o tempo. Chegou ao destino de noite e foi ter a casa de uma tia. Rejeitou lá ficar, mas procurou a protecção de um primo que voltasse com eles para a sua aldeia nessa mesma noite.

RESULTADO: Conseguiu perder a camioneta e voltar à sua aldeia. Tal como previa, a mãe ficou perdida, bateu-lhe com a mão espalmada e ralhou-lhe dizendo que só não voltava naquele momento porque era de madrugada, mas que no dia seguinte iria logo a seguir à missa. S. foi-se deitar, lamentando ter que ir no dia seguinte e mais cedo do que esperava.

FINALIZAÇÃO: S. considera que agiu bem ao satisfazer o seu desejo, afirmando que voltaria a fazer o mesmo, caso a obrigassem a fazer uma coisa que não queria. Sente a reacção da mãe como justa e injusta, ao mesmo tempo. Contudo compreende a sua posição e faria o mesmo com as suas filhas. Recorda esta experiência como uma coisa horrorosa e das piores que lhe aconteceu na infância. Atribui a essa infância rigorosa e cheia de problemas o ser actualmente uma pessoa extremamente nervosa.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 2

A narrativa que S. seleccionou foi sobre a sua primeira crise de pânico. Num encontro com uma amiga, que tinha alguns problemas de ansiedade e nervosismo parecidos com os seus, ela conta-lhe detalhadamente uma situação recente de falta de ar, em que quanto mais tentava respirar mais o ar lhe faltava, o que a levou a consultar um psiquiatra. S. não se identificou minimamente com a situação e ficou com a impressão de que tal coisa nunca lhe poderia acontecer, esquecendo-se do assunto, mal se separaram. Dois dias depois, ia na rua sozinho, calmo e bem disposto, quando é surpreendido pelo seu primeiro ataque de pânico. Foge a correr para casa, deita-se e demora cerca de 4 horas até conseguir regularizar a respiração. S. reconhece na sintomatologia a situação descrita pela amiga e considera que, inconscientemente, ficou sugestionado por ela. Esta ideia impressiona-o, abalando profundamente as convicções sobre si próprio. A partir daí ficou hipervigilante, com medo de voltar a ter uma crise.

CONTEXTO: Rua movimentada da cidade onde vive, a passear sozinho numa tarde quente de Verão. Foi há sete anos, S. estava a terminar o curso e no seu primeiro ano de trabalho.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. a passear pela rua às 3, 4 horas da tarde quando, de repente, começa a experimentar uma intensa e persistente falta de ar; reconhece o quadro de sintomas descrito pela amiga dois dias antes e apercebe-se de que está a ter o seu primeiro ataque de pânico.

RESPOSTAS INTERNAS: Ansiedade e tensão crescentes, nervosismo e tremuras. Medo de desmaiar. As coisas parecem distorcidas e sem sentido. Sensação de alheamento, distância e nebulosidade. Não conseguia raciocinar. Apreensão relativamente ao que experienciava. Preocupação de não pedir ajuda a ninguém, para não dar uma imagem de fraqueza. Lembrou-se da explicação lógica dada pelo médico à amiga, mas não sentiu qualquer ajuda. Pensou que aquilo lhe estava a acontecer por sugestão da história da amiga, sentindo-se muito impressionado com a sensação de estar a ser influenciado.

OBJECTIVO: Fugir o mais depressa possível para casa e ultrapassar aquela crise.

ACÇÕES: Movimentava cada vez mais depressa os músculos do peito para poder respirar, mas quanto mais tentava menos o conseguia. Correu até casa e meteu a chave na porta com dificuldade. Deitou-se no sofá da sala e

acendeu a televisão, procurando concentrar-se numa coisa banal e esquecer o resto. Ficou 3h deitado e quando se começou a sentir bom, manteve-se na posição por mais algum tempo, para que não recomeçasse a crise. Após essa situação que designou de periclitante, tomou um banho morno para relaxar e saiu de casa para jantar.

RESULTADO: Conseguiu chegar a casa que funcionou como um refúgio, sentindo-se aliviado. Ao fim de 3h começou a regularizar a respiração, sentir-se calmo e capaz de um raciocínio perfeitamente lógico, embora ainda com medo de que a crise recomeçasse.

FINALIZAÇÃO: S. considera que este episódio veio alterar significativamente a sua filosofia de vida e as suas concepções àcerca do ser humano. Esta experiência traiu a imagem que tinha de si próprio, o que viveu com um sentimento de estranheza e incredulidade. Até aí sempre vivera a ideia de que tinha perfeito domínio de si e, afinal, sentiu-se sugestionado por uma conversa e confrontado com a existência de situações de pânico com as quais não sabe lidar. Sentiu-se perturbado e questionando se teria algum problema de nascença. A partir daí ficou sempre com medo de voltar a ter uma sensação física desagradável, pelo que ficou mais hipervigilante em relação a si próprio. Gostaria de conseguir ultrapassar estes medos e ansiedades ou, pelo menos, de aprender a viver com essas situações, pelas quais se sente muito afectado.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 3

S. elabora uma narrativa sobre um episódio que aconteceu na semana anterior, em que foi capaz de ir sozinha de sua casa até casa dos pais, quando o marido lhe fez a surpresa de se ir embora sem ela. De manhã, estava a família toda na cozinha e o marido, para a confrontar com uma situação em que ela tivesse que se desenrascar sozinha, disse-lhe que tinha que se ir embora e não podia esperar por ela. S. tinha medo de ficar em casa sozinha e de ir a pé para casa dos pais, mas nesse momento não se sentiu muito preocupada e resolveu que ia conseguir superar essa dificuldade, não chegando a fazer qualquer tentativa para ir com ele. Imaginou várias alternativas e não teve o medo habitual de se sentir mal, pelo que arriscou e foi capaz de ir a pé e de trólei. Sentiu-se muito contente com esse triunfo, chegou a felicitar-se e pensou que continuaria a ser capaz de o fazer, sempre que fosse necessário.

CONTEXTO: Casa e rua. Às nove da manhã com o marido e os filhos na cozinha a prepararem-se para sair e depois no percurso até casa dos pais, sozinha com o filho mais novo.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: O marido deixa-a em casa e S. tem que ir sozinha com o filho mais novo para casa dos pais.

RESPOSTAS INTERNAS: Vontade de fingir que lhe custava ficar só. Calma e pressentimento de que ia conseguir desenrascar-se. Elaborou várias hipóteses sobre como fazer o percurso até casa dos pais, com diferentes graus de dificuldade e de apoios. Ansiedade expectante, mas reduzida e sobretudo não se sente preocupada com a sua ansiedade. Pensou que o marido tinha feito aquilo para lhe dar oportunidade de se deparar com a situação. Ficou chocada e ofendida com a forma como ele o fez, pois não sabia as consequências que ia ter. Dificuldade em arriscar ir de trólei. Pensou que tinha a vantagem de ser mais uma experiência diferente.

OBJECTIVO: Conseguir ir sozinha até casa dos pais.

ACÇÕES: Refilou com o marido, acusando-o de egoísmo. Fez uma fita a fingir que lhe custava ficar sozinha. Esperou, sem fazer qualquer tentativa de ir com o marido. Escreveu um bilhete ao marido a assustá-lo, dizendo que se tinha sentido mal e que as psicólogas tinham dito que queriam falar com ele. Rasgou o papel quando chegou a casa. Ficou sozinha em casa, acabou de arrumar as coisas e saiu com o filho. Passou por casa de uma amiga que ficava no percurso e contou-lhe o que o marido lhe tinha feito. Telefonou para os pais

e foi de trólei lá ter, tendo conversado com a senhora que se sentou ao seu lado.

RESULTADO: Conseguiu fazer o percurso sem medo nem preocupações. Quando chegou a casa dos pais sentiu-se muito contente e contou à empregada a qual partilhou dessa alegria. Ficou satisfeita consigo própria e felicitou-se pelo triunfo.

FINALIZAÇÃO: Foi uma experiência muito importante para si própria, por ter sido capaz de ultrapassar uma série de obstáculos. O aspecto principal foi o não ter ficado ansiosa a pensar se iria sentir-se mal. Pensa que o marido lhe fez um tratamento de choque, mas que gostou que lho tivesse feito, pois se ele lhe tivesse posto à consideração a experiência, concerteza que ela não arriscaria. A partir daí sente que está capaz de voltar a fazer o mesmo percurso sem medo e que sempre que lhe acontecer uma situação semelhante que tem que "se mandar".

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 4

S. elabora uma narrativa acerca dos momentos de doença e morte do pai, pessoa a quem se sentia muito agarrada. Quando recebeu a notícia da hospitalização do pai, foi imediatamente para lá e visitou-o todos os dias durante uma semana. Soube então que ele iria morrer e recusou-se a voltar a vê-lo, enquanto o mudavam para o Centro de Saúde da sua terra, onde viveu por mais dois dias. No dia a seguir à sua morte, saiu para comprar flores e ficou paralisada no meio da rua sem saber o que ia fazer. S. viu o mundo desabar, sentiu-se desprotegida e a partir daí surgiram os sintomas mais graves que a levaram a adoecer.

CONTEXTO: Hospital e capela mortuária. S. tem 21 anos, está casada e vive numa cidade perto da Vila dos pais.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Doença e morte do pai de 58 anos. S. recebe a notícia de que o pai foi hospitalizado de urgência, corre para lá, vê que piora de dia para dia e ao fim de uma semana ao atender o telefone, a irmã dá-lhe frontalmente a notícia da sua morte.

RESPOSTAS INTERNAS: Tristeza face às notícias de doença e morte do pai. Refugiou-se na ideia de que iria ser curado, embora também pensasse que poderia morrer. Ficou comovida e impressionada ao vê-lo no hospital. Sentiu-se horrível, nervosa e extremamente deprimida ao saber que o pai estaria a morrer e não conseguiu voltar a visitá-lo. Não conseguiu despedir-se do pai, pois teve uma forte sensação de aperto. Medo de assistir à morte do pai. Revolta contra a mãe e a irmã, por a terem forçado a ficar na capela mortuária. Sentiu-se "sem pai" e pensou que o mundo se ia desmoronar. Pensou que o pai iria readquirir vida ao levantá-lo do caixão.

OBJECTIVO: Evitar ver o pai morrer.

ACÇÕES: Correu para o Hospital e pediu e insistiu com o enfermeiro para a deixar ver o pai antes da hora da visita. Viu o pai, tentou falar com ele e deu-lhe água. Visitou-o diariamente durante a semana em que esteve no hospital. Recusou vê-lo, a partir do momento em que tomou conhecimento de que iria morrer. Pediu à mãe para não o levar para casa, pois seria mais difícil depois viverem a situação. Ouviu o pai chamar por si, mas não conseguiu ir. Quase não conseguiu falar ao ouvir a irmã dizer-lhe frontalmente pelo telefone que o pai tinha morrido. Gritou e tentou levantar o pai do caixão.

RESULTADO: Na manhã a seguir à morte do pai, ficou paralisada entre os carros sem saber o que ia fazer, quando saiu para lhe comprar flores. Desejou morrer e ser enterrada com o pai.

FINALIZAÇÃO: Durante um ano não entrou em casa da mãe. S. tenta não pensar no pai e que não se fale dele, nem de cemitérios à sua frente, para não avivar a memória, pois sente-se angustiada quando revive a situação. A partir daí começou a sentir os medos e as inseguranças, que a levaram a ficar doente.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 5

A narrativa de S. descreve uma situação que se passou quando tinha 9 anos e estava a passar para a quarta classe, quando o pai decidiu que era melhor ela reprovar. S. chegou a casa muito orgulhosa por ter ficado "distinta" na prova da terceira classe e o pai explica-lhe que ainda não estava muito bem preparada e queria que ela fizesse a quarta e a admissão sem problemas, para depois tirar um cursozinho. Propôs-se então a ir falar com a professora para não a passar. S. ficou confusa com a situação, mas acabou por ficar contente, como sempre que o pai a aconselhava, e aceitou. Evitou dizer às colegas, pois já lhes tinha anunciado que ia passar e também não as quis ver a ir para o exame. Contudo S. não estava triste, mas muito feliz, pois o pai tinha muito orgulho em si e dizia que ela ainda iria tirar um curso. No ano seguinte fez exames muito bons, ficaram todos satisfeitos, mas depois da quarta não pode continuar porque o pai adoeceu e os projectos ficaram por realizar. Ainda hoje sente que ficou muito abandonada desde que o pai morreu e com uma vida muito difícil.

CONTEXTO: Na escola o pai e a professora da terceira conversam à porta da sala, enquanto S. aguarda com as outras, sentada na carteira.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. leva a prova da terceira classe para casa com a emoção do pai ver que ela tinha ficado "distinta". O pai fica contente, mas diz-lhe que ainda não está assim muito bem e, com o acordo dela, vai pedir à professora para não a passar.

RESPOSTAS INTERNAS: Ficou confusa e frustrada, por estar distinta e o pai dizer que era melhor não passar. Orgulho em estar distinta. Pensou que iam todas passar menos ela. Medo dos comentários das companheiras. Aceitou e compreendeu a explicação do pai. Sentiu que o pai gostava muito dela e que dizia aquilo com muito orgulho e alegria, o que a deixava feliz. Sentiu que gostava muito do pai, por ele a estar a aconselhar. Não se importou e pensou que depois também iria passar e ficar mais inteligente.

OBJECTIVO: Seguir os conselhos do pai e tirar um curso.

ACÇÕES: Entregou a prova ao pai. Disse-lhe que aceitava reprovar e que podia ir falar com a professora. Esperou enquanto conversavam e depois respondeu à professora que não se importava de não passar.

RESULTADO: S. não passou, mas ficou muito feliz por ter concordado

com o pai.

FINALIZAÇÃO: Para S este episódio ilustra o apoio e as expectativas de vida que o pai lhe dava. O pai parecia adivinhar o que ia acontecer e então dava-lhe muito bons conselhos, que ela seguia com gratidão. S. ficou sempre a lamentar que os planos de continuar os estudos não se cumprissem, levando-a a não reagir "para a frente" e a ter uma vida difícil. Andava sempre com o pai, que orientava e preenchia a sua vida. Desde que ele morreu S. sente-se desamparada e sem nada a que se agarrar.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 6

S. elabora uma narrativa do momento em que a mãe o deixou em casa de uma prima para ir fazer um recado, quando ele tinha 3, 4 anos de idade. Numa manhã enevoadada e escura de Inverno a mãe pegou nele ao colo e foram, como muitas outras vezes, a casa da prima que vivia ali perto. Entraram, S. foi para o chão e dirigiram-se à sala-cozinha onde estavam os seus primos. Ele começou a brincar e a mãe ficou de pé a conversar com a prima. Repentinamente, S. sentiu que a mãe já não estava presente, olhou à volta e correu para a porta, donde a viu ao fundo da rua. A chorar gritou pela mãe, mas ela continuou, sem sequer se virar para trás. Entretanto a prima pegou nele ao colo, disse-lhe que a mãe não demorava e pô-lo a brincar de novo com os primos. S. raivoso contra a prima, só queria que a mãe voltasse. Como estava sempre com a mãe, sentiu-se abandonado e enganado, considerando ainda hoje que teria sido preferível a mãe dizer-lhe onde ia. Este episódio, que constitui a sua primeira recordação de infância, marca o despertar para a realidade, confrontando-o com as inevitáveis e graduais separações da mãe, de quem muito gosta.

CONTEXTO: Casa da prima a 50 metros da sua. S. tem 3, 4 anos e está com a prima e os filhos dela, um com dois anos e outro bebé de colo.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: A mãe deixa-o em casa da prima enquanto vai fazer um recado e S. que está a brincar com os primos, de repente, olha e não a vê.

RESPOSTAS INTERNAS: Abandono e desespero. Sensação de estar sozinho e perdido. Sentiu-se enganado. Pensou que ia lá com a mãe e depois voltaria com ela para casa. Pressentiu estranheza no ambiente e que a mãe já não estava lá. Raiva contra a prima por o estar a agarrar. Sentiu-se desiludido com a mãe e talvez, não revoltado, mas triste.

OBJECTIVO: Não se separar da mãe, ela vir buscá-lo ou ele correr atrás dela.

ACÇÕES: Olhou à volta a procurar a mãe e como não a viu, chorou, chamou por ela, correu para a porta que estava entreaberta, saiu e continuou a gritar, perguntando onde é que a mãe ia.

RESULTADO: S. ficou em casa da prima sem a mãe. A prima procurou distraí-lo e ele acalmou, começando a brincar até a mãe chegar.

FINALIZAÇÃO: S. pensa que a mãe excusava de lhe fugir e que se lhe tivesse dito que ia sair e voltava, talvez não tivesse reagido assim. Contudo, compreende a mãe sem qualquer ressentimento, pois segundo contam, ele nem com muitas explicações ficava, queria sempre ir com ela. Aliás, agora faz o mesmo com as crianças da família, que gostam muito dele e ficam a chorar quando sai. Esta experiência representa o acordar para a realidade, no sentido em que era muito apegado à mãe e mais cedo ou mais tarde tinha que se dar um corte, pois não podia passar a vida inteira ao colo dela. Reviver esta experiência fá-lo sentir que gostava e gosta muito da mãe e que tinha que acontecer o inevitável: a separação.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 7

A narrativa apresentada por S. refere-se ao período em que uma namorada o tratou mal e lhe fechou a porta, recusando-se a falar com ele. S. namorava há cerca de um ano, quando ela, sem lhe dizer nada, voltou a andar com um antigo namorado e começou a ter reacções estranhas e agressivas, do tipo de lhe desligar o telefone na cara. S. depois de sucessivas tentativas de falar com a rapariga, pelo telefone e por carta, decidiu tentar forçar a situação e foi ter com ela ao escritório onde trabalhava, pensando que frente a frente conseguiriam esclarecer o que se estava a passar e fazer as pazes. Para sua surpresa, quando chegou a namorada não o deixou entrar, dizendo-lhe que não queria falar com ele e que se fosse embora. S. ficou desorientado, andou às voltas pela rua e até hoje não foi capaz de ultrapassar esta situação, considerando que terá sido das primeiras vivências de grande tensão que contribuíram para o seu actual problema de pânico.

CONTEXTO: À porta do escritório onde a namorada trabalha, numa manhã de Janeiro, S. encontra-se no 5º ano do ensino superior e procura a rapariga com quem namora há um ano.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. vai ter com a namorada ao escritório, ela não o deixa entrar e fecha-lhe a porta na cara, dizendo que não tem nada para falar com ele.

RESPOSTAS INTERNAS: Estupefacção, choque e profunda decepção. Sentiu-se maltratado e extremamente agredido. Ficou tenso e confuso, pela recusa dela em dar uma explicação. Dúvidas sobre o significado daquelas reacções. Pensou que havia uma série de mal entendidos e que queria deslindar a situação. Pensou que seria por alguma coisa que tivesse feito e sentiu culpabilidade. Não pensou que ela namorasse com outra pessoa. Pensou que tinha sido um bocado insistente demais. Questionou como é que gostava de uma pessoa capaz de reagir assim, mas por outro lado sentia culpa porque não sabia o que se passava. Ficou transtornado e deprimido. Sentiu-se revoltado e indignado.

OBJECTIVO: Obter uma explicação da parte da namorada sobre o que estava a acontecer.

ACÇÕES: Não chegou a dizer nada. Foi-se embora. Andou a passear a pé pela rua, durante muito tempo.

RESULTADO: A namorada nunca lhe explicou o que se passava. Começou a andar deprimido e "reagiu mal", pois ficou como que adormecido desistindo da viagem de finalistas.

FINALIZAÇÃO: Esta experiência representa para S. uma situação que ainda não "digeriu" e o faz sentir revoltado e indignado. A partir dessa altura começou a sentir-se preocupado, de "cabeça no ar", tendo sido a primeira das grandes tensões que sofreu e que, entre outras, lhe provocou o actual pânico.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 8

A narrativa seleccionada por S. refere-se ao dia do nascimento do seu filho. S. tinha 32 anos, era casado e nunca tinha pensado ter filhos, para se sentir mais livre, mas a mulher engravidou. S. levou a mulher para o hospital às dez horas da manhã, foi acompanhando a evolução do parto através de telefonemas e à meia noite, em confraternização na casa de amigos, soube que o filho tinha nascido. Ficou felicíssimo e quando chegou a casa às três horas da manhã esteve a telefonar para as amigas que viviam no estrangeiro. No dia seguinte foi comprar postais que enviou com fotografias para dar a conhecer a novidade. Quando foi visitar a mulher e o filho, chorou de alegria e pegou no João, sentindo-se muito satisfeito.

CONTEXTO: Em casa de amigos S. recebe a notícia, enquanto convive com eles.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. telefona à meia noite para o hospital e dizem-lhe que acaba de ter um menino de quatro quilos e que o parto tinha sido perfeito.

RESPOSTAS INTERNAS: Alegria e satisfação. Ficou felicíssimo. Estava já esperançado que tudo corresse bem e nunca tinha pensado que no parto surgissem problemas. Achou o menino bonito e matulão, quando lhe pegou ao colo. Pensou que a partir daquele momento ia ter uma vida muito mais presa e passar noites sem dormir.

OBJECTIVO: Divulgar a notícia do nascimento do filho.

ACÇÕES: Continuou a conversar com os amigos, num convívio ainda mais alegre. Disse aos amigos que depois com o tempo se podia vir a chatear, mas que naquele momento estava satisfeito. Telefonou para Paris, Londres e Porto para pessoas amigas a dar a notícia. No dia seguinte, foi com a irmã à maternidade e depois voltou lá sozinho. Chorou de alegria na cama da mulher, quando a viu com o menino ao lado. Levantou-se, limpou as lágrimas disfarçadamente e passou a portar-se de forma decente, já que a mulher e a irmã lhe disseram para se acalmar. Pegou no João ao colo e tirou fotografias.

RESULTADO: S. enviou postais com a fotografia do filho para as pessoas conhecidas. Foi para si um dia muito bonito e um período dominado pela alegria. Nasceu um menino bonito e matulão como esperava, embora não muito saudável, pois veio-se a descobrir que tinha problemas de desenvolvimento,

mas S. não se sente triste ou desagradado com isso, pois nem sequer vê no João esses problemas.

FINALIZAÇÃO: S. recorda este dia como um dos mais felizes da sua vida. Considera que as suas reacções no hospital foram espontâneas e reveladoras de muita felicidade.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 9

S. elabora uma narrativa sobre as férias em que esteve a tomar conta de três crianças, no momento da viagem para a casa na montanha onde iam ficar. S. tinha 15 anos e quis trabalhar durante o período de férias que ia passar com os pais em França. Conseguiu ir um mês e meio tomar conta do menino com quem já ficava algumas vezes à noite, da irmã recém-nascida e de um primo deles. Foi de comboio com o rapaz de três anos e meio e quem os ia esperar, eram uns tios da criança que ela não conhecia. S. sentia-se contente, mas com algum receio, o qual disfarçou perante a criança, distraíndo-a toda a viagem. Correu tudo bem e S. recorda esta experiência com satisfação, por ter sido capaz de assumir muita responsabilidade e resolver situações novas, tornando-se muito crescida e de uma independência que hoje inveja.

CONTEXTO: Viagem de comboio num dia de Verão durante seis horas com uma criança de 3 anos e meio.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Viagem de comboio pela primeira vez sozinha e com uma criança sob a sua responsabilidade. O pai acompanha S. à estação, onde se encontravam os pais com a criança, que esperaram até o comboio partir.

RESPOSTAS INTERNAS: Contentamento e receio, ao mesmo tempo. Medo de passar a estação onde deveriam sair, pensando numa série de alternativas para o caso de isso acontecer. Tensão antes do comboio partir e à chegada. Preocupação em não mostrar à criança que estava aflita. Tentou descontraí-la. Expectativa de como iria decorrer a viagem e a recepção. Esperança de que a criança reconhecesse o tio, para a ajudar. Pensou que ia ser bom o trabalho, pois gostava muito de crianças. Sentia coragem para resolver fosse o que fosse. Segurança de que não se sentiria mal e de que ia ser capaz. Atenta e enervada ao chegar. Alívio, como se um peso lhe tivesse saído de cima, sensação de bem-estar e de ter a cabeça ampla e oca.

OBJECTIVO: Assegurar à criança uma viagem sem problemas e sair na estação correcta.

ACÇÕES: Disse ao pai que estava tudo bem e procurou tranquilizar também os pais da criança. Tentou distrair a criança: jogou, contou histórias, pintou, brincou, riu-se e deu-lhe de comer. Contou as estações em que paravam, reparando no nome. Identificou o casal que os esperava ainda de dentro do comboio, arrumou tudo e pegou nos sacos.

RESULTADO: A viagem correu bem, passou depressa sem quaisquer dificuldades e saiu na estação correcta. À chegada teve um bom acolhimento e sentiu um grande alívio.

FINALIZAÇÃO: Para S. foi “uma experiência bem vivida”, a partir da qual ficou completamente modificada, mais responsável e mais independente. Considera que se tornou “grande” de repente, o que por um lado foi bom, mas por outro lado a prejudicou. Hoje em dia, gostaria de poder viver este episódio novamente, mas não se sente capaz, pois está de uma dependência completamente diferente, mudança que, aliás, muito a revolta.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 10

S. elabora uma narrativa a propósito da morte da mãe quando tinha sete anos, no momento em que viu o pai a chorar. S. vivia com o pai, os irmãos e uma tia avó, a quem chamava mãe, estando a "mãezinha", desde há cerca de cinco anos, doente e a fazer tratamentos numa cidade próxima. Um dia, S. viu chegar a casa um carro com o pai a chorar e desatou também a chorar preocupadíssima, não ligando muito à notícia de que a mãe tinha morrido. Nunca tinha visto o pai chorar e ele era a pessoa com quem se sentia mais protegida, como que um Deus, pelo que ficou com medo de o perder. Actualmente, sente-se muito atormentada pela recordação da morte da mãe e sobretudo revoltada com o seu passado, especificamente com a madrinha com quem o pai depois casou e que nunca substituiu a mãe na totalidade.

CONTEXTO: Terraço da sua casa, donde via a rua. S. com 7 anos a brincar em cima de um degrau e a irmã um pouco mais à frente.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. viu aproximar-se um mercedes preto conduzido pelo patrão do pai, com outra pessoa ao lado e o pai atrás. Estacionaram à frente de casa e o pai saiu a chorar, devido à morte da mãe. Entretanto aproximou-se mais gente também a chorar.

RESPOSTAS INTERNAS: Comoção, horror e aflição. Preocupação com o estado do pai. Medo de perder o pai, insegurança. Pensou que alguma coisa não estava bem.

OBJECTIVO: Ver o pai bom e tê-lo sempre bem.

ACÇÕES: Chorou, foi atrás do pai e agarrou-se a ele. Foi para o seu colo muito tempo.

RESULTADO: Não queria ir comer, mas acabou por ir jantar quando o pai lhe prometeu que não chorava mais. Sentiu-se bem e foi brincar o resto do tempo.

FINALIZAÇÃO: Esta experiência e toda a situação da morte da mãe, de há uns tempos para cá, têm estado constantemente presente no seu pensamento. Quando fala dela S. sente-se triste, com vontade de ficar só, não pensar em nada e chorar. S. sente uma imensa revolta por isto lhe ter acontecido e por ter também, de certa forma, perdido o pai ao casar com a madrinha que era muito fria e rigorosa, não procurando substituir a mãe, para que ela não ficasse tão marcada.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 11

S. descreve o parto do primeiro filho. Estava muito ansiosa por que chegasse a hora do parto. De madrugada começou a sentir dores e foi para o hospital com o marido. Entretanto passou todo o dia com dores de rins horróricas, a gritar desesperada, pensando que lhe ia acontecer qualquer coisa grave que a ia "deixar ali". À noite foi levada para a sala de partos sabendo que estava a ter alguns problemas de dilatação e que teria que ser levemente anestesiada, notícia que acentuou o seu medo e aflição. A filha nasceu por volta das dez horas e sublinha que, após o alívio de sentir o volume da criança sair de dentro de si, ficou ótima. Disseram-lhe que estava tudo bem e que a iria ver mais tarde, não tendo feito qualquer tentativa para a ver na altura, pois o que queria era ficar despachada e que não lhe falassem mais no assunto. Depois deixaram-na muito tempo sozinha na sala de partos à espera que uma enfermeira a fosse arranjar. Teve medo de ficar ali esquecida numa sala fechada sem se conseguir mexer, sentiu-se apavorada e triste por pensar que, depois de ter sofrido tanto, agora que estava bem a tinham abandonado. Finalmente apareceu uma enfermeira que a arranjou e a levou para o quarto, onde aliviada e contente por tudo já ter passado, dormiu até ao dia seguinte. A narrativa refere-se ao primeiro confronto com o bebé, nessa manhã. S. acordou com uma enxaqueca horrível, dores de que sofria com frequência antes de engravidar, e recorda a enfermeira chegar com o bebé num bercinho, colocá-lo ao seu lado e ela não olhar para ele. Sentia que estava ali "uma coisa" mas não foi capaz de ver, atitude pela qual se condena e que a intriga e angustia muito, ainda hoje. Mais tarde quando chegou o marido pegou nela e mostrou-lha e S. ficou comovida, por ela ser muito bonita. S. custou-lhe muito a assumir que era mãe e recorda esta experiência como muito marcante e toda a situação de parto como um acontecimento horrível.

CONTEXTO: Hospital, onde se encontra com 27 anos num quarto individual, com a filha recém-nascida num berço ao lado da sua cama. Mais tarde entra o marido para as visitar.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: O parto desenrola-se durante todo o dia e na manhã seguinte, a enfermeira entra no quarto com a bebé num berço que coloca ao lado da sua cama.

RESPOSTAS INTERNAS: Dores de enxaqueca muito fortes, dificuldade em abrir os olhos e vômitos. Pensa que não quer sofrer mais com a filha a

amamentá-la ao peito. Sentiu uma “coisa” ao seu lado que era sua, mas que não era capaz de ver. Apeteceu-lhe olhar. Ficou muito comovida quando viu que a bebé era muito bonita, maravilhosa e que lhe pertencia por algum tempo. Parecia-lhe que a criança não era sua, que havia qualquer coisa que não estava correcta, que era tudo muito complicado. Dúvidas sobre o que é que estava ali a fazer, numa cama com outra ao lado. Pensou estar noutro planeta, sem consciência de si própria. Imaginava que nunca iria conseguir ter um filho por falta de forças para isso. Então, não se via nessa situação e não estava capacitada de que era mãe. Era como se fosse um sonho, em que nada era verdadeiro. Era tudo muito vago e não mexia no berço na dúvida de estar lá alguém. Pensava sobretudo naquilo que tinha sofrido e custou-lhe muito a aceitar a nova situação, a fazer a mudança no sentido de passar a pensar que agora tinha uma coisa maravilhosa.

OBJECTIVO: Despachar-se do parto.

ACÇÕES: Opção de não dar o peito à bebé. Não olhou para o berço. Muito tempo deitada, sem se mexer e a gritar com dores de cabeça. Uma das vezes deitou o “rabo do olho” para o lado, mas não a viu, pois ela estava deitada de costas e muito tapada. Ficou quieta, não se levantou para a ver, nem se manifestou.

RESULTADO: Ficou muito aliviada e só não queria sofrer mais. Não foi capaz de ver a filha. Respondeu ao marido que não tinha visto a bebé e depois pegou-lhe ao colo, esteve um bocadinho e pô-la na cama. Quando se adaptou à ideia ficou melhor e foi colaborar com a enfermeira nas actividades de higiene e arranjo do bebé.

FINALIZAÇÃO: Sentiu-se contente, mas triste por não ter sido capaz de ver logo a filha. Condena-se e sente-se preocupada por não a ter visto. Questionou-se sobre o porquê de não a querer ver, se ela era sua. Agora pensa que foi uma estupidez não se ter levantado da cama para ver a filha. A experiência do parto marcou-a muito e hoje pensa e revive muito a situação. Considera que foi uma coisa terrível e pergunta-se porque é tudo tão mau consigo.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 12

S. descreve a tentativa de emigrar aos 17 anos, embarcando na aventura de passar a fronteira "a salto". Depois de ponderar as contingências que se impunham na época, devido ao regime político do país, S. saiu de casa dos seus pais de manhã cedo e foi-se encontrar na estação de caminhos de ferro com os três amigos com quem tinha planeado a viagem. Os amigos eram mais velhos e um deles já vivia fora do país clandestinamente. Foram de comboio e de táxi até à fronteira espanhola, depois arriscadamente atravessaram a fronteira a "salto", apanharam um táxi para a cidade mais próxima e seguiram de comboio até à fronteira francesa. S. ultrapassou estas etapas da viagem sem problemas e na passagem da fronteira francesa é surpreendido por um obstáculo que nunca havia ponderado: a menoridade. Os guardas espanhóis impediram-no de passar a fronteira por só ter 17 anos. Os amigos tinham ido à frente, levavam a sua mala e não voltaram para trás. Abandonado pelos outros e sem dinheiro, passou a noite num coberto de obras e no dia seguinte dirigiu-se ao consulado português para conseguir um bilhete de comboio de regresso. No retorno ao seu país viu as suas expectativas desmoronar, sentindo-se desolado e triste. Recorda este episódio com a decepção de ver os seus projectos adiados por um ano, mas também com o orgulho de tão novo se ter aventurado a deixar a segurança da casa dos pais para correr o risco do imprevisto.

CONTEXTO: Viagem de comboio até à fronteira francesa, onde S. com 17 anos e três amigos mais velhos chegam numa noite fria de inverno.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: S. tenta emigrar "a salto" quando na fronteira é interpelado por um guarda que o retem por não ter a maioridade, mostrando-se inflexível às suas justificações. Entretanto os amigos passam a fronteira e levam o seu saco, deixando-o sozinho e sem dinheiro.

RESPOSTAS INTERNAS: Medo de abandonar a sua casa. Nervosismo de ser apanhado pela polícia. Ansiedade e expectativa crescente de chegar ao país de que tanto ouvia falar e onde sonhava ter uma vida melhor. Alguma preocupação como a chegada. Confiança no amigo já experiente. Desmoronar da expectativa ao ficar preso na fronteira, tristeza e desânimo. Sentiu-se sozinho, abandonado, revoltado e com uma sensação de estranheza em relação aos amigos. Pensa que eles poderiam ter feito alguma coisa para o tentar ajudar ou, pelo menos, trazer-lhe algum dinheiro. Pensa que teve azar, que estava

tramado e que naquele momento tinha que remediar as coisas para se desenrascar da situação.

OBJECTIVO: Emigrar para França, para mudar de ambiente e conhecer outros mundos.

ACÇÕES: Procurou convencer o guarda a deixá-lo passar, dizendo que ia em turismo para casa de uns familiares. Dormiu numa caserna das obras. Decidiu que tinha que voltar para trás. Foi pedir ajuda ao consulado, onde expôs insistentemente a sua situação.

RESULTADO: Regresso a Portugal, desanimado com a viagem, por ter gasto tempo, perdido um emprego, feito preparativos e afinal estar de volta.

FINALIZAÇÃO: S. considera este episódio uma experiência marcante da sua vida, que recorda com orgulho, por não ser muito comum uma pessoa de 17 anos tomar a decisão de sair de um sítio onde está protegida para uma situação desconhecida. Refere também a frustração de não ter chegado ao destino, vendo-se obrigado a adiar o seu sonho por um ano.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 13

A narrativa de S. descreve a morte da avó materna. A avó era viúva e praticamente vivia com eles, assegurando a rotina dos seis netos cujos pais eram muito ocupados. S. era a neta mais agarrada à avó, considerando-a a parte boa dos pais. Cerca de três meses antes, estavam a passar férias na casa de campo, quando se descobriu que a avó tinha um cancro no pâncreas. S. embora visse a situação agravar-se nunca pensou que a avó morresse. Acreditava que os pais sendo médicos a iam salvar e que ela não podia morrer antes do que tinha postulado: a entrada do neto mais velho para a faculdade. Um dia, através das movimentações da mãe e do ambiente de indisponibilidade dos adultos em geral, apercebeu-se que estavam todos à espera que a avó morresse. Mandaram-nos deitar, S. foi para a cama da mãe com uma sensação de tristeza e teve dificuldade em adormecer, apercebendo-se que continuava a agitação lá em casa. Quando acordou viu da janela uma ambulância a partir e encontrou a tia a limpar o quarto da avó. S. foi buscar uma caixa onde guardou os cabelos da avó que tinham ficado na almofada. Passou o dia um bocado "ao deus dará" e à tarde os pais chegaram e mandaram-nos chamar para lhes dar a notícia. S. começou a chorar e o pai foi buscá-la, ficando muito tempo com ela ao colo. A partir daí sentiu-se muitas vezes perdida e sozinha, sem que nenhum dos adultos preenchesse essa sensação de vazio, o que a revoltou durante muitos anos. Ainda hoje, esta perda constitui para si um episódio muito marcante.

CONTEXTO: Em casa com os cinco irmãos, empregadas, a tia que vive lá, familiares que vão entrando e saindo. S. tem 11 anos, os pais chegam e reúnem os filhos na sala.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: A morte da avó, que estava doente com um cancro há cerca de 3 meses. A tia trata de desmanchar a cama da avó e desinfetar o quarto. Os pais chamam os filhos e começam a explicar que a avó tinha ido para o céu.

RESPOSTAS INTERNAS: Pressentimento de que a avó morreu, mal vê a ambulância, sentindo-se aldrabada quando lhe disseram que a avó ia para o hospital. Ideia obcecada de dar um beijinho à avó antes de ela morrer. Sentiu-se chocada por ver a tia desinfetar o quarto. Desejo de guardar a avó, enquanto retira os cabelos para a caixa. Sentiu que não tinha pai, nem mãe, que estava perdida, sem referências e muito sozinha, sem a pessoa que mais gostava

dela.

OBJECTIVO: Impedir que a avó desaparecesse.

ACÇÕES: Foi buscar uma caixinha com um significado especial para si, onde guardou os cabelos todos que estavam na almofada da avó. Chorou quando a mãe disse que a avó tinha ido para o céu. Esteve muito tempo ao colo do pai. Disse que mais valia ter morrido a mãe, porque a sua mãe verdadeira era a avó.

RESULTADO: Saudades incríveis da avó, só vivia essa dor, sentindo-se sozinha no mundo. Estava sempre a perguntar se nunca mais ia ver a avó, ideia que lhe era completamente insuportável. Guardou por muito tempo a caixa com os cabelos e ia verificar se eles não desapareciam de lá. Isolou-se por achar que nem o pai, nem a mãe tinham a disponibilidade da avó. Na semana seguinte quando regressou ao colégio chorava em todo o lado.

FINALIZAÇÃO: A partir daí S. tentava continuar a ser aquilo que sabia que a avó esperava dela, pensando que lá do sítio onde estava a podia observar. Esta obsessão de ser a melhor pessoa, teve coisas boas, mas também lhe criou muitos complexos de culpa, quando falhava. É para S. uma história marcante, que a magoou e envolveu um sentimento de perda muito grande, que mais ninguém conseguiu preencher; ficava sempre à espera que algum dos outros adultos ocupasse minimamente aquele lugar e tinha uma certa revolta contra os pais por não preencherem esse vazio.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 14

A narrativa que S. seleccionou descreve a ida a um baile na sua aldeia. S. sentia-se excessivamente sensível em situações sociais desse tipo, ficando chocado com as atitudes dos outros rapazes e incapaz de embarcar nelas. Isto levava-o a uma timidez e isolamento crescente, não partilhando com os outros a vida de adolescente. Nesse dia sentiu-se obrigado a ir ao baile, tentou evidenciar-se perante as raparigas, mas sentia-se inseguro e sem coragem. Não suportou aquela ansiedade e fugiu para casa sozinho, onde chorou desesperado. Teve dificuldade em se abstrair da música do baile e da frustração que este lhe provocou. Sentiu-se só e, fundamentalmente, muito revoltado, pela injustiça do que lhe aconteceu e por ninguém o ter ajudado. Ainda hoje, o sentimento de revolta persiste e a perspectiva de um baile o aterroriza, revendo-se numa situação idêntica.

CONTEXTO: Baile, perto de sua casa, na aldeia serrana onde nasceu. S. tem 14, 15 anos e vai sozinho para o baile, onde estão os seus pais, o irmão e o resto da gente da aldeia.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Pressão por parte da família para ir ao baile da aldeia.

RESPOSTAS INTERNAS: Ansiedade extrema e comoção ao sair de casa. Aflicção e dificuldade em encarar as pessoas na rua. Sentiu-se mal e mais nervoso com o aparato do grupo musical e a preparação do baile. Sentiu-se sem jeito, sem graça, incapaz de mostrar o ar descontraído que cabia aos rapazes, pensando que isso era para os galos. Sentiu-se inadaptado e sem condições para competir com os outros rapazes. Sentiu-se chocado, gozado e sem capacidade para enfrentar aquela situação. Sentiu-se só, abandonado e revoltado por ninguém o ter compreendido, nem ter tentado ajudar. Pensou que era injusto o que lhe estava a acontecer, que não tinha culpa e que ele é que estava certo, pois de acordo com a sua religiosidade o querer-se emproar era pecado. Fantasias amorosas, em que ele encarnava um herói galã a quem as miúdas vinham cair aos braços, sem ele se exhibir. Sentiu-se permanentemente centrado no baile e na frustração, enquanto tentava ouvir rádio e adormecer.

OBJECTIVO: Vencer o desafio de ir ao baile e comportar-se como os outros rapazes.

ACÇÕES: Conseguiu vestir-se com o melhor fato e gravata e saiu de

casa, da família, sozinho e a tremer, para o baile. Tentou integrar-se no grupo dos rapazes e evidenciar-se. Procurou chamar a atenção, mas o comportamento era desajeitado e parávo. Desceu para o bar, onde estavam os que se iam embebedar, mas não foi capaz de beber. Correu para casa sozinho.

RESULTADO: Não foi capaz de suportar a ansiedade e isolou-se em casa a chorar, sentindo-se só e desesperado. Ligou o rádio para se sentir acompanhado, mas não conseguia deixar de ouvir a música do baile e de se sentir frustrado.

FINALIZAÇÃO: S. ao reviver esta história sente-se só, emocionado e revoltado, pois continua a considerar que há qualquer coisa de errado na postura dos outros. Foi uma cena que o marcou, por ter sofrido muito e por depois daquela luta enorme, não conseguir vencer o isolamento em relação aos outros. Nunca conseguiu ultrapassar até hoje o medo excessivo de ter que vir a dançar.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 15

S. descreve um acidente de automóvel, provocado por um episódio de despique entre ele e outro automobilista. No Verão, quando ia com uns amigos à aldeia do pai buscar vinho S. foi no carro novo que o pai lhe tinha oferecido, para aproveitar a fazer a rodagem. Ao passar com velocidade por uma localidade, aparece disparado um carro à sua frente. S. desviou-se, buzinou e quando mais tarde o ia a ultrapassar, ele tentou encostá-lo à berma. Começou o despique entre os dois, até que quando S. ia a virar para a esquerda, foi surpreendido pelo outro a ultrapassá-lo, assustou-se e foi bater no passeio da zona triangular a meio do entroncamento. O carro teve que ser rebocado e ficou vários meses na oficina, deixando S. e o pai aborrecidos um com o outro. Embora recorde o episódio como uma experiência desagradável, salvaguarda que serviu para aprender a ser mais consciente e cuidadoso na condução.

CONTEXTO: Viagem de carro à "Terra" do pai. S. tem 21 anos e leva no seu carro novo três das pessoas amigas, viajando as restantes na carrinha do pai.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Despique de velocidade com outro carro; a certa altura, S. põe o pisca para virar à esquerda e quando repara que o outro o vai a ultrapassar faz a viragem a alta velocidade.

RESPOSTAS INTERNAS: Irritação e perda de controlo. Sentiu-se provocado quando o outro lhe impediu a ultrapassagem. Preocupação por trazer uma criança atrás e medo que acontecesse o pior. Vontade de dar um murro no outro. Pensou que só era parcialmente culpado.

OBJECTIVO: Ganhar a "luta" ao outro.

ACÇÕES: Desviou-se e buzinou quando o carro surgiu à sua frente. Quando viu o outro automobilista a rir-se com ar provocatório, desafiou-o, acelerando e tentando ultrapassá-lo. Acelerou, continuou encostado a ele, até que o ultrapassou. Ia virar à esquerda e quando viu que o outro o vinha a ultrapassar, virou a alta velocidade e travou em cima da curva.

RESULTADO: Acidente de automóvel. O carro de S. ao virar apanhou areia, foi contra o passeio e teve que ser socorrido pelo reboque. S. saiu do carro desorientado, preocupado em saber se estavam todos bem e com uma grande "neura". Esperou pelo pai e passaram todos para a carrinha dele, onde foram apertados e sem o mesmo entusiasmo. Ele e o pai andaram chateados uns meses, até o carro vir da oficina.

FINALIZAÇÃO: S. recorda este episódio como uma situação desagradável que o marcou, mas que considera que foi bom ter acontecido porque acelerava demais e a partir daí tem mais consciência e cuidado a conduzir e não se deixa provocar pelos "aceleras".

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 16

S. seleccionou a narrativa do momento em que conheceu a sua mulher e lhe pediu namoro. Estava no café onde ia geralmente à hora do almoço com um amigo, quando viu ao balcão a "sua futura mulher", a beber café e a fumar, acompanhada de mais duas raparigas do colégio que já costumavam ir ao café. Comentou com o amigo que aquela rapariga era muito gira e quando ele lhe disse que não seria miúda para ele, S. afirmou que a conseguiria conquistar. Nesse dia foi ao balcão pagar e dirigiu-lhe um piropo, depois através de uma das suas amigas que já conhecia, pediu para lhe dizer que queria falar com ela e no dia seguinte a rapariga apareceu no café sozinha. S. foi ter à mesa dela, declarou-se e propôs-lhe começar a namorar, aceitando as condições que ela impôs de trabalhar, cortar o cabelo e ir falar com os seus pais. O amigo ficou pasmado e S. sentiu-se muito satisfeito por ter vencido a aposta. Resta-lhe, contudo, alguma insatisfação por a situação não ter oferecido mais luta e por sentir que quando tem as coisas, neste caso a pessoa, deixa de se interessar tanto.

CONTEXTO: Na mesa do café com um amigo e três raparigas do colégio ao balcão, na Primavera de 1970. S. está desempregado e tem uma vida errante.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Vê ao fundo do balcão uma rapariga que o atrai e comenta com o amigo. Este desafia-o dizendo que ele não teria categoria para a conquistar, o que o leva a apostar que no dia seguinte estaria a namorar com ela.

RESPOSTAS INTERNAS: Pensou que não iria conseguir namorar com a rapariga. Vergonha quando lhe dirigiu a palavra. Pensou "já está no papo", depois de lhe mandar o piropo. Medo e dificuldade em enfrentar os pais dela. Gostou dela e sentiu-se nervoso. Contentamento por ela ser bonita e provocante. Orgulho por ter feito frente ao amigo. Tristeza por pensar que não seria pessoa para ela. Insatisfação por estar a ser mais fácil do que pensara.

OBJECTIVO: Conquistar a rapariga e provar ao amigo que era capaz de o fazer.

ACÇÕES: Começou a olhar para a rapariga, dirigiu-se a ela e disse-lhe que nunca tinha visto uma miúda assim. Pediu a uma amiga para lhe dizer que gostava dela e que precisava de lhe falar. Sentou-se à mesa dela e a tremer disse-lhe que ela era a única rapariga de quem gostava. Prometeu-lhe que por ela iria mudar de vida. Disse que não ia falar com os pais dela, enquanto não tivesse a certeza de qual era a situação deles. Deu-lhe a mão e beijou-a na face.

RESULTADO: No dia seguinte a rapariga era sua namorada. Nessa noite quase não dormiu e esteve na rua até tarde a falar com os amigos sobre o que se tinha passado.

FINALIZAÇÃO: S. considera que foi esquisito, por ser demasiado fácil e que podia ter sido melhor se fosse mais difícil, dado que para ele as coisas fáceis não têm interesse.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 17

S apresenta uma narrativa sobre o momento em que recebeu uma carta do irmão a falar das várias pessoas da família e das razões que o levavam a separar-se e a cortar relações com eles. Há três anos, S. estava a chegar do trabalho às 9 horas da manhã e recebeu uma carta do irmão de 33 anos que estava nos Estados Unidos há cerca de dois meses. Abriu a carta e a primeira sensação foi de espanto e perplexidade com as críticas severas que o irmão fazia à família. Depois de tentar descansar, telefonou ao ex-marido a quem a carta também dizia respeito, foram jantar juntos e estiveram a discutir o assunto, acabando com ela a defender o irmão. Ele ficou com a carta, porque ela não a quis, pois só a leu uma vez e não conseguiu voltar a fazê-lo por ser demasiado violenta. Chegou a pensar em formas de tentar resolver o problema, mas quando soube das cartas ainda mais violentas que ele tinha enviado às outras pessoas da família, ficou com medo da situação e não tomou nenhuma atitude. Hoje, recorda este episódio com tristeza.

CONTEXTO: Em casa, de manhã ao chegar do trabalho.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Carta do irmão a criticar as relações entre toda a gente da família, especificamente a relação com ela, dela com o ex-marido e do casal com a filha. O irmão queria cortar a ligação com eles, por não estar satisfeito com a forma conturbada como as relações se processavam.

RESPOSTAS INTERNAS: Espanto, perplexidade e tristeza. Ficou chocada e nem queria acreditar. Pensou em falar com o irmão, telefonar-lhe, escrever-lhe ou até ir lá. Teve medo da situação. Achou que não ia conseguir grande coisa e desistiu.

OBJECTIVO: Tentar resolver o problema relacional com o irmão.

ACÇÕES: Leu a carta uma vez. Tentou dormir. Telefonou ao ex-marido para lhe mostrar a carta e foi jantar com ele. Entregou a carta ao ex-marido, pois não queria ficar com ela. Quando regressou a casa, foi ouvir música e ficou a pensar nisso antes de tentar adormecer.

RESULTADO: Não tomou nenhuma atitude em relação à situação.

FINALIZAÇÃO: Ao recordar este episódio sente sobretudo tristeza. Procurou nunca mais falar, nem pensar no acontecimento, tentando esquecer.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 18

A narrativa de S. descreve uma situação que ocorreu quando tinha quatro anos e partiu um pente. Estava em casa dos tios a passar férias, sem querer partiu um pente e ficou muito aflita por causa da tia, que a punha constantemente de castigo. Então, foi ter com a avó, disse-lhe o que tinha acontecido e que queria voltar para casa. Na brincadeira, a avó fez-lhe a mala, deu-lha para a mão, perguntou se ela sabia o caminho até à cidade onde vivia e despediu-se dela. Ela partiu sozinha e então a avó foi buscá-la a rir-se muito do seu despacho. Depois da avó lhe dizer que guardava segredo, S. sentiu-se aliviada e contente. Hoje recorda este episódio como uma experiência simultaneamente desagradável e agradável.

CONTEXTO: Casa dos tios, onde está a passar os meses de Verão. S. tem 4 anos e está em casa com a avó, enquanto os tios e a prima foram ao mercado.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Para experimentar, vergou um pente de plástico género tartaruga e ele partiu.

RESPOSTAS INTERNAS: Aflição e medo, muito medo do castigo. Pensou que a tia a iria castigar, sentando-a num banco durante toda a tarde, ou fechando-a na dispensa.

OBJECTIVO: Escapar ao castigo da tia.

ACÇÕES: Foi dizer à avó que tinha partido o pente e mostrou-lho, sem sequer olhar para ela. Disse que queria voltar para casa do pai. Despediu-se das vizinhas e da avó e foi-se embora a pé sozinha, com a mala a arrastar pelo chão.

RESULTADO: Voltou para casa dos tios, quando a avó a foi buscar, dizendo que era muito longe e não podia ir sozinha. Ficou contente por a avó lhe dizer que guardava segredo em relação ao que se tinha passado.

FINALIZAÇÃO: Esta experiência é para S. desagradável e agradável ao mesmo tempo. Apesar de naquela altura nunca mais ter pensado no assunto, actualmente é a única recordação que tem da infância. Considera que a marcou muito e recorda a cena com um sentimento de revolta e tristeza.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 19

S. elabora uma narrativa sobre aquilo a que chama a doença do filho, no dia em que descobriu que ele consumia droga. Há dois anos, por altura da Primavera, já andava desconfiada de qualquer coisa, quando uma manhã no quarto de banho, mexeu num livro que o filho lá tinha deixado e caiu uma bolsinha, a qual foi para si a prova final. S. ficou totalmente desesperada e chorou muito nesse dia. Falou com o filho e embora ele negasse em absoluto, ela não acreditou. Mais tarde, as suas suspeitas vieram a confirmar-se e o filho veio-lhe pedir ajuda. A partir daí foi um sucessivo agravar da situação e de tentativas de tratamento, que a têm feito sofrer e sentir um desgaste muito grande. Esta experiência foi a mais marcante de toda a sua vida, sentindo-se muito mal quando fala dela.

CONTEXTO: Em casa, S. tem 49 anos de idade e está com o filho com quem vive.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Descoberta de que o filho consumia droga.

RESPOSTAS INTERNAS: Desespero e sensação de falta de ar. Sentiu-se mal, muito exaltada e "fora de si". Pensou logo que fosse droga, pois já andava desconfiada e não acreditou no que o filho dizia, achando que estava a mentir. Sentiu-se transtornada, aniquilada. Teve alguma esperança que, com aquela chamada de atenção, ele parasse. Desejou que não fosse verdade. Pensou todo o dia obcecadamente no problema e que tinha de lutar. Apeteceu-lhe desaparecer, que lhe dessem uma injeção para morrer, pois não sentia motivação para nada.

OBJECTIVO: Que o filho deixasse de consumir droga.

ACÇÕES: Chorou muito. Esperou que o filho acordasse e falou com ele, insistindo para que contasse a verdade. Ameaçou que viria a saber, como forma de lhe chamar a atenção. Foi revistar o quarto dele, mas não encontrou nada. Verificou o número de limões e constatou que faltava um.

RESULTADO: O filho continuou a consumir droga, tendo chegado, posteriormente, a pedir ajuda à mãe. S. tomou um calmante e depois ficou na sala a ver televisão, para tentar distrair-se.

FINALIZAÇÃO: S. a partir daí foi-se muito abaixo, pois foi o maior desgosto da sua vida. Não gosta de se lembrar deste episódio, embora tenha muita dificuldade em o arredar dos seus pensamentos diários. Custa-lhe falar dele, pois sente-se pior, com falta de ar e triste. As tentativas de tratamento e as dificuldades têm sido muitas, fazendo-a sentir-se desencorajada.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 20

A narrativa que S. apresenta é acerca do seu primeiro ataque de pânico, que aconteceu durante umas férias no Algarve, onde estava em casa de uns primos mais velhos. Convivia com um grupo de amigos que conheceu lá e andava a sentir-se bastante mal porque gostava muito de uma rapariga, que gostava de outro rapaz do grupo. Um dia à noite, aceitou a proposta de um amigo de ir tomar LSD e fumar um charro, antes de irem para a festa onde estariam todos. Já não era a primeira vez que tinha contacto com aquelas drogas, mas depois de fumar ficou muito estranho e com medo, começando a afastar-se das pessoas. Andou horas sozinho pela Vila, sem conseguir parar, foi para o quarto a tremer e a transpirar, sentiu uma dor no coração e caiu exausto na cama a chorar. S. sentia-se completamente assustado, sem perceber o que lhe estava a acontecer e sem os pais para o apoiar. No dia seguinte, sentia-se na mesma e ficou com tanto medo que pediu para ir ao hospital, onde lhe deram uma injeção que o pôs a dormir por muitas horas. Quando acordou parecia não reconhecer nada, tinha uma forte sensação de estranheza e continuava muito assustado. Passou o resto das férias a desejar voltar para junto dos seus pais.

CONTEXTO: À noite, primeiro nas ruas e depois no quarto em casa dos primos, um casal mais velho do que os seus pais, com quem S. de 16 anos está a passar férias.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Uma noite depois do jantar foi ter com os amigos, bebeu umas cervejas e a seguir foi tomar LSD e fumar um charro com um amigo. Quando foram ter à festa com o grupo de amigos, eles estavam todos cá fora, S. também se deitou lá e de repente deu-lhe um *flash* e começou-se a passar qualquer coisa de estranho, ficou absorto, deixou de ouvir e não conseguia estar quieto, tinha que se levantar e movimentar.

RESPOSTAS INTERNAS: Medo. Sentiu-se completamente assustado. Vontade de parar de andar, mas sensação de que o estavam a empurrar pelas costas e não conseguia parar de andar. Sentia-se estourado, estafado e com dores nas pernas e no abdómen do lado esquerdo. Sentiu-se agressivo e "fora de si". Dúvidas sobre o que se estaria a passar consigo. Pensou que talvez a cerveja lhe tivesse parado a digestão ou que fosse do LSD misturado com o que fumou. Dúvidas sobre o que iria dizer aos primos e pensou que não lhes podia dizer nada e que teria que aguentar aquilo sozinho. Pensou que se fossem

os pais que lá estivessem ele poderia ir falar com eles. Dor no coração por não estar com os pais e desespero.

OBJECTIVO: Conseguir que tudo voltasse ao normal.

ACÇÕES: Não falou com ninguém. Entrou dentro da festa e logo a seguir foi-se embora sozinho. Afastou-se das pessoas e evitou ruas movimentadas, porque via que não estava bem. Andou a pé pela Vila cerca de três horas. Suava imenso e não conseguia parar de andar. Foi comprar um gelado para ver se ficava melhor. Foi para casa, disse aos primos que já tinha chegado e foi para o seu quarto andar de um lado para o outro até de madrugada. Atirou-se para cima da cama e começou a chorar.

RESULTADO: Quando acordou sentia-se na mesma, estava a tremer e a transpirar e ficou ainda mais assustado. Disse que não estava bem e acabou por pedir para ir ao hospital, onde lhe deram uma injeção que o pôs a dormir. Começou a ter medo de estar ali, tudo lhe parecia diferente, sentia-se fora de tudo e estava completamente assustado. Passou o resto das férias a pensar que queria voltar para a casa dos pais.

FINALIZAÇÃO: S. recorda constantemente esta experiência e considera que foi das coisas que mais o marcou; até aí tinha pouco medo de coisas que o pudessem perturbar e aventurava-se demais, concretamente em situações de consumo de droga e depois tomou mais consciência do perigo.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 21

S. seleccionou uma narrativa acerca do nascimento do seu filho, quando tinha 23 anos e andava a cumprir o serviço militar. Sublinha que teve a sorte do filho nascer a um Domingo, pois permitiu-lhe acompanhar toda a situação, desde que a mulher acordou e lhe pediu para a levar ao hospital, até ao momento do nascimento propriamente dito, que ocorreu ao fim da tarde. Para além do nervosismo e ansiedade próprios da situação de expectativa em que se encontrava, correu tudo muito bem, ficando apenas contrariado por depois ter pouco tempo para estar com eles e para participar nos cuidados ao bebé.

CONTEXTO: No hospital, a mulher está a ter o filho e S. está com os pais, o irmão e a cunhada.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Nascimento do seu primeiro filho, num Domingo em que está de folga do serviço militar.

RESPOSTAS INTERNAS: Sentiu-se nervoso no percurso para o hospital e só desejava chegar o mais depressa possível. Ansiedade e receio que alguma coisa corresse mal. Preocupação de que o filho nascesse sem problemas e de que a mulher não tivesse muitas dores. Pensou que não sabia se queria assistir ao parto, pois era uma situação nova e talvez fosse difícil assistir ao sofrimento da mulher. Chateou-se de ouvir os gritos, enquanto esperava nas escadas. Sentiu-se feliz, quando o filho nasceu. Descontracção, calma e vontade de estar junto da mulher, para ela saber que não estava sozinha.

OBJECTIVO: O parto correr bem e depressa.

ACÇÕES: Levou a mulher de carro para o Hospital. Ficou uma hora na sala de espera, depois foi passear. Voltou à tarde e esteve à espera nas escadas, para a poder ver quando a maca passasse. Ia perguntando se a mulher estava a ter muitas dores. Viu passar a mulher com o filho ao lado, desceu com eles e perguntou à mulher como é que se tinha sentido. Praticamente não tocou no bebé, porque era muito pequenino e sensível.

RESULTADO: O parto correu bem, mas S. ficou insatisfeito por estar pouco tempo com eles.

FINALIZAÇÃO: A situação depois foi delicada por só ver o filho dois dias na semana, pois gostaria de ter estado mais presente e que ele não fosse só tratado pela mãe, mas pelos dois.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 22

A narrativa de S. fala-nos do dia do seu casamento, no momento da cerimónia na igreja. S. tinha 19 anos, gostava da sua noiva e queria casar, entretanto não podia deixar de pensar com alguma preocupação que era muito novo para se prender. Estava um pouco nervoso e ficou ainda mais quando viu a noiva sair do carro, com outro vestido que não o de noiva, tendo ficado então a saber que o vestido que tinha comprado, já não lhe abotoava, devido à gravidez de dois meses. Mas depois tudo correu a preceito e S. sentia-se feliz, embora a ideia de que iria deixar de ser solteiro e prender-se estivesse várias vezes presente e fosse também muito salientada pelos seus colegas.

CONTEXTO: Igreja, com a noiva e os convidados, numa manhã bonita de Dezembro.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Cerimónia do casamento.

RESPOSTAS INTERNAS: Nervoso miudinho e alegria. Indignação quando viu a noiva aparecer com o vestido que seria para pôr a seguir ao casamento, em vez do vestido de noiva. Ficou chateado por ela não ter comprado um vestido de noiva mais largo, que lhe pudesse servir com os dois meses de gravidez. Gostou de a ver com o vestido que trazia. Contentamento por ela estar muito bonita. Pensou várias vezes na noite que iriam ter. Pensou que queria tudo de bom para o futuro. Sentia-se feliz por um lado, mas, por outro, pensava que era cedo demais para ficar preso. Pensou na fidelidade à esposa, dizendo para si que não se queria prender como casado, pois era muito novo e "não ia ficar só por ali, mas de vez em quando dar umas voltas por fora".

OBJECTIVO: Casar com a namorada de quem gostava e que estava grávida de dois meses.

ACÇÕES: Foi de casa para a igreja de carro, com os padrinhos e dois amigos. Esperou cá fora pela noiva, para depois entrarem em cortejo. Deu-lhe um beijo, quando ela chegou. Tirou fotografias na escadaria da igreja. Foi de mão dada com a mulher para o copo de água.

RESULTADO: Correu tudo muito bem e sentiu-se "às mil maravilhas".

FINALIZAÇÃO: Gostam um do outro e recorda que foi com muita alegria que entrou na igreja.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 23

A narrativa de S. descreve o dia do seu internamento num orfanato. S. vivia com uns tios que não tinham condições para o suportar, nem a nível económico, nem na sua rebeldia, pelo que pediram auxílio social, o qual levou a esse internamento que o marcou para toda a vida. Foi então levado por um padrinho e a tia, que o acompanhou até à porta do recreio onde dizia "Praça da Alegria", referindo-se àquele espaço cercado de grades e fechado a aloquetes, imagem irónica que lhe ficou desde o primeiro momento. Despediu-se sem uma palavra e ficou a chorar o resto do dia, sentindo-se abandonado e subjugado por rigorosas regras que cumpriu, seguindo escrupulosamente o que os outros faziam. Sentiu que ficou preso, exactamente como quem entra numa prisão, com a agravante de ter apenas oito anos de idade.

CONTEXTO: Orfanato masculino, à entrada com a tia e depois sozinho, com os outros rapazes e as vigilantes.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: A tia, que é para si a pessoa mais querida do mundo, e o actual padrinho de casamento levaram-no de carro para o colégio onde ficou internado, com visitas quinzenais ao Domingo.

RESPOSTAS INTERNAS: Bastante tristeza, angústia e abandono, sentindo-se só no mundo. Disse para si "adeus tia, acabou...". Sentia-se mal, parecia que tinha a cabeça vazia e numa grande pressão. Sentiu-se muito inibido e gozado pelos outros rapazes. Ficou muito chateado pela vigilante lhe pôr a alcunha de "menina dos olhos azuis". Sentiu-se subjugado por regras muito rígidas e pensou que a única solução era obedecer. Questionava-se porquê que estava ali. Não sentia fome, era uma preocupação secundária. Lembrou-se que era o seu primeiro jantar fora de casa e então pensou muito nos tios e na irmã que vivia com a mãe. Sentia muita pena de estar fora dos tios. Desespero.

OBJECTIVO: Não ficar lá no orfanato e voltar para casa.

ACÇÕES: Vestiu a bata azul conforme o mandaram e foi com a tia até à porta do recreio. Chorou, não lhe disse nada e entrou na "prisão". Foi para o barracão escuro que havia lá no meio, sentou-se num canto do banco de cimento e aí ficou a chorar toda a tarde, até tocar o apito para o jantar. Seguiu o que os outros rapazes faziam e levantou-se. Foi atrasado para a formatura e quando lá chegou chorou, tendo então sido alcunhado pela vigilante. Comeu a sopa com mosquitos e vomitou, devido à tensão em que estava. Voltou a formar e

foi para a cama da camarata que a vigilante lhe indicou, onde esteve a chorar quase toda a noite.

RESULTADO: Chorava diariamente, andava triste e angustiado. A disciplina era muito rígida e a comida horrível, pelo que passou muita fome, pois era raro o dia em que não vomitava.

FINALIZAÇÃO: A propósito desta experiência, que recorda com dor e choro, S. costuma comentar que o único erro que cometeu na vida foi ter vindo ao mundo.

CATEGORIZAÇÃO - AGO S 24

A narrativa que S. apresenta decorre à volta do internamento do seu filho recém-nascido, devido a problemas de icterícia. Na sequência de uma visita ao ginecologista, a quem disse que o bebé continuava muito amarelo, teve que o levar para o hospital, onde esteve umas horas em observação, acabando por ficar internado seis dias. S. ficou muito impressionada por ter que o deixar lá sozinho e foi para casa numa grande ansiedade e aflição. Como estava com problemas no peito e com febre, a sua mãe é que passava lá o dia e ela ia visitá-lo ao fim da tarde, tendo ficado muito aborrecida a primeira vez que o viu, por não estar com as roupas dele e por parecer muito indefeso. Ficou aliviada por o filho estar a melhorar e sentiu-se muito contente quando a mãe, de surpresa, chegou a casa com ele no Domingo "dia da mãe".

CONTEXTO: Hospital pediátrico, com o filho de cinco dias. S. tem 24 anos e está com o marido e a mãe, a qual acompanha toda a situação.

ACONTECIMENTO PRECIPITANTE: Notícia de que o filho teria que ficar internado nos cuidados intensivos.

RESPOSTAS INTERNAS: Sensação de vazio, aflição e grande ansiedade. Pena do bebé por ficar sem ninguém da família e pelos tratamentos que tinha que fazer. Fez-lhe impressão deixá-lo, achou horrível. Ficou confusa com o desleixo a que assistiu no hospital e com a preocupação que lhe acontecesse alguma coisa. Confiança nos médicos que estiveram com ele. Alívio ao saber que as análises estavam ligeiramente melhores. Ficou aborrecida por ver o filho com as roupas do hospital em vez das suas, com as quais ficava mais bonitinho e sobretudo por estar com um ar indefeso, à mercê das pessoas. Ofensa por o marido não ter vontade de ver o filho. Andava triste e desejava que ele viesse para casa.

OBJECTIVO: Não deixar o filho sozinho e trazê-lo o mais rapidamente possível para casa.

ACÇÕES: Esteve na urgência com o bebé. Foi para casa descansar e voltou ao fim da tarde, quando soube que ele teria que ficar internado. Insistiu um bocadinho para ir ver o bebé, mas disseram-lhe que não valia a pena. Depois, pediu à mãe para a substituir, porque andava adoentada. Telefonava de manhã, depois ia recebendo os telefonemas da mãe e ao fim da tarde ia lá vê-lo.

RESULTADO: Ao fim de seis dias, no dia da mãe, o bebé teve alta e quando S. o viu regressar a casa ficou muito contente e satisfeita.

FINALIZAÇÃO: Esta experiência representa para S. a recordação horrível de um grande susto que apanhou.

1.3.2.2 *Memoing* das narrativas pessoais significativas

A fase seguinte de análise das narrativas pessoais significativas correspondeu à codificação de cada uma delas, a partir da categorização anteriormente efectuada. A codificação envolveu a selecção de categorias emergentes por categoria gramatical narrativa. Este processo implicou a interpretação de cada categoria gramatical narrativa, no sentido de destacar categorias de significado emergentes que traduzissem os aspectos centrais do texto e, abstraindo-nos do discurso directo do sujeito, atribuir-lhes designações sintéticas susceptíveis de as descrever.

As categorias emergentes foram introduzidas por entrevista no programa Nudist já atrás apresentado, encontrando-se o resultado deste processo de identificação no Anexo 13, onde podemos ver quais os elementos do discurso que foram seleccionados e sob que designações.

A seguir, agrupamos as categorias emergentes de todas as entrevistas por categoria gramatical narrativa (ver Anexo 14), de forma a obter uma visão de conjunto dos resultados. A leitura desta listagem permite constatar que se identificaram dezoito tipos de "contexto" nas vinte e quatro narrativas, o que significa que um dado contexto surge em mais do que uma narrativa. Como seria de prever identificaram-se vinte e quatro "acontecimentos precipitantes", o que quer dizer que cada narrativa apresentou um diferente. Em contrapartida, em cada narrativa pessoal foram identificadas várias "respostas internas" (um total de cento e setenta), mais do que um "objectivo" (vinte e sete), várias "acções" (um total de cento e dezoito), "resultados" (quarenta e dois) e "finalizações" (um total de quarenta e uma). Se para a maior parte das categorias gramaticais narrativas existem diversas categorias emergentes por narrativa pessoal, também acontece que algumas das categorias emergentes surgem em mais do que uma narrativa, como se pode observar no Anexo 14, na frase que se refere ao número de entrevistas por cada categoria emergente ("This node indexes n document(s)"). Verificamos então, que apenas para o "acontecimento precipitante" e o "objectivo" não existe mais do que um documento com a mesma categoria

emergente; já para o "contexto" há uma categoria emergente comum a cinco narrativas, outra a quatro e outras duas categorias a duas entrevistas. Para as "respostas internas" há categorias emergentes com doze, nove, sete, cinco, seis, quatro, três e duas narrativas pessoais. Para as "acções" há categorias emergentes comuns a seis, quatro, três e mais frequentemente duas narrativas. Nos "resultados" e na "finalização", dois é o número máximo de documentos com categorias emergentes comuns.

1.3.2.3 Parcimónia das narrativas pessoais significativas

Na etapa seguinte procedeu-se à organização das categorias emergentes anteriormente definidas em categorias hierárquicas. A construção das categorias hierárquicas ou de terceira ordem implica agrupar, através da operação "union of" do NUDIST, as categorias emergentes em categorias de síntese semântica, de acordo com o processo de construção sucessiva da teoria, proposto pelo referido programa. Concretamente, criou-se no segundo nível (ao mesmo nível das categorias emergentes) uma categoria hierárquica global, da qual descendem o conjunto das categorias hierárquicas propriamente ditas, que elaboramos para cada categoria da gramática narrativa.

A organização hierárquica das categorias emergentes procura obedecer a dois tipos de critérios: a tendência global no conjunto das narrativas pessoais significativas e a abrangência da categoria hierárquica, no sentido de reunir o maior número possível de categorias emergentes. Consiste assim num processo subjectivo que implica a sensibilidade teórica e a criatividade do investigador, na observação do que de comum pode haver entre as diversas categorias emergentes, de cada categoria gramatical narrativa. A análise efectuada está apresentada no Anexo 15, cuja consulta poderá ajudar a seguir a descrição do processo de interpretações que percorremos e passamos a expor.

No que diz respeito à diversidade de *contextos* destacavam-se

como mais frequentes nas narrativas dos sujeitos o “hospital” e a “casa” (integrando nesta última qualquer das situações de casas), sendo estas duas categorias emergentes conservadas como categorias hierárquicas. Entretanto, vários dos outros contextos se reportavam a “viagens”, evidenciando um espaço de deslocações. Associando a estes contextos os episódios que neles se desenrolam, construímos uma categoria abrangente de todas as outras: “deslocações hospital - casa”, em que a casa surge como palco de episódios de união-separação, atraíndo esta última a segurança que a união sugeria; para evitar o abandono, os sujeitos como que se lançam no desafio das deslocações; os riscos que passam a ter que assumir, leva-os com frequência a perder o controlo e a recorrer ao hospital como local de segurança.

Relativamente ao *acontecimento precipitante* foi necessário abstrair a semelhança semântica das categorias emergentes, identificando dois conteúdos centrais: “separação” e “desafio-risco”. Curiosamente, embora estes conteúdos estejam associados ao tema principal das experiências seleccionadas por sujeitos diferentes, também os encontramos com muita frequência no discurso de um mesmo sujeito. Temos presente da transcrição das entrevistas que os sujeitos que se centravam numa narrativa de separação, comparavam com nostalgia as suas reacções do momento actual, com as atitudes de força e coragem que tinham tido noutras alturas, para responder a desafios. Paralelamente, os sujeitos que seleccionaram narrativas em que assumiam riscos e desafios, faziam referência, com frequência, a situações passadas ou actuais de dependência e dificuldades de separação. Isto sugeriu-nos a existência de uma espécie de contínuo entre as duas vivências, mas que os sujeitos com agorafobia vivem sem articular estas duas vertentes das suas reacções. Como ilustração deste raciocínio, diríamos que acontecimentos de separação, através do corte mais ou menos temporário das relações, por exemplo, ficar sem a mãe enquanto ela vai fazer um recado, a morte da avó, provocam um isolamento desesperante que desafia ao risco de procurar proximidade, enchendo-se o sujeito de coragem para resolver as situações.

Do vasto conjunto de categorias nas *respostas internas* extraímos nove tendências fundamentais, que correspondem a categorias hierárquicas de respostas emocionais e/ou cognitivas relacionadas com: “medo”, “aflição e choque”, “insegurança e ansiedade”, “perda do controlo”, “abandono”, “tristeza e desespero”, “ofensa”, “revolta” e “afirmação pessoal”. Procurando articular estes estados emocionais e os acontecimentos que os despoletaram, diríamos que a separação começa por provocar medo, desencadeando sucessivamente, aflição, insegurança e ansiedade intensa, que levam à perda do controlo, expressa, por exemplo, em sensações de “desrealização”, as quais acentuam os sentimentos de abandono, estado que provoca tristeza, sofrimento e desespero, sentindo-se o sujeito ofendido em relação às pessoas que o “puseram” naquele estado e, sobretudo, revoltado com a situação, o que o leva a afirmar-se, recusando as sugestões dos outros e impondo os seus desejos.

Para o *objectivo* o processo de abstracção de significados comuns às categorias emergentes foi semelhante ao seguido para o acontecimento precipitante, obtendo-se categorias hierárquicas que, de alguma forma, correspondem e dão continuidade às duas vertentes aí destacadas. As categorias construídas denominam-se: “garantir segurança” e “vencer o desafio”. Nas situações de separação, torna-se imperioso procurar garantir a segurança, tendo como objectivo máximo evitar que o acontecimento ocorra, como por exemplo, “escapar ao castigo”, ou esboçar aproximações relacionais, como “seguir os conselhos do pai”. Quando o sujeito não consegue garantir a segurança do retorno ao estado anterior à crise, o objectivo passa a ser responder com sucesso a uma nova situação, vencendo o desafio a ela inerente.

Quanto às *acções*, a criação das categorias hierárquicas “evitar” e “chorar-tensão” derivam directamente da designação das categorias emergentes mais frequentes, considerando-se que abrangem também outras formulações. A construção da terceira e quarta categorias exigiu uma vez mais que se transcendesse o óbvio ao nível dos conteúdos. As tendências observadas foram reunidas nas categorias “desafiar” e “busca

de apoio". Articulando as quatro categorias de acções, diríamos que um sujeito com o objectivo de garantir a sua segurança, evita as situações emocionais intensas, ora através da "paralisação", ora com movimentações compulsivas e insistentes descentrações. Quando o confronto se torna inevitável, aparecem comportamentos de choro e tensão física, como tremuras, vomitar, etc. Depois os sujeitos acabam por reagir, desafiando-se a si próprios para novas situações ou provocando os outros. Na continuidade desta atitude acabam por buscar apoio, como reconquista da proximidade relacional, quer pedindo ajuda, quer fornecendo protecção.

Na análise das categorias emergentes identificadas para o *resultado* e para a *finalização* foram reencontradas as duas tendências centrais. Nos *resultados* evidenciava-se para um grupo o "insucesso e angústia", nome que atribuímos a uma das categorias e para outro o "regresso, acalmia e felicidade" após o desafio. Ou seja, não tendo conseguido evitar o acontecimento atemorizante, o sujeito confronta-se com o insucesso, dominado pela angústia e a insatisfação; quando esta é superada, em momentos de afirmação pessoal, assiste-se ao retorno a uma situação de calma, com a sensação de alívio e triunfo. Para a *finalização*, a análise de conteúdo ressaltou as categorias que designamos de "tomar consciência da desgraça", em confronto com "sentimento de auto-competência". Na primeira, os sujeitos consideram que os acontecimentos descritos foram a origem da doença ou, pelo menos, contribuíram para os problemas actuais. Entretanto ficaram alerta quanto à existência de riscos e desgraças, passando a manter uma atenta hipervigilância. Ao garanti-la, controlam as situações, sentindo-se competentes, orgulhosos por serem capazes e assim, disponíveis para uma atitude de generosidade para com os outros.

1.3.2.4 Construção da teoria: uma narrativa protótipo

A partir das categorias hierárquicas identificadas, foi redigida uma

narrativa protótipo que corresponde à meta-história de que nos fala Riessman (1993) e que representa o produto final da *grounded theory*. Para a elaboração do texto assumimos como princípio fundamental não fazer alusão à patologia em causa, nem incluir qualquer referência directa à respectiva sintomatologia. Esta preocupação prendia-se com a importância de não incorrer numa definição do resultado através dos próprios conceitos, bem como de evitar elementos susceptíveis de enviesar os processos de identificação, a que iríamos sujeitar a narrativa para a sua validação. Todo o procedimento de construção da narrativa protótipo contou com a estreita e preciosa colaboração do orientador deste trabalho

Inspirados em Strauss e Corbin (1990) que consideram que na *grounded analysis* os diagramas constituem elementos essenciais de registo escrito, recapitulemos as categorias construídas, na "árvore" a seguir apresentada, que tal como é vulgarmente concebida, parte das categorias mais abrangentes para as mais específicas, permitindo visualizar uma síntese do resultado final (ver Figura 1).

Construções da Narrativa Protótipo na Agorafobia

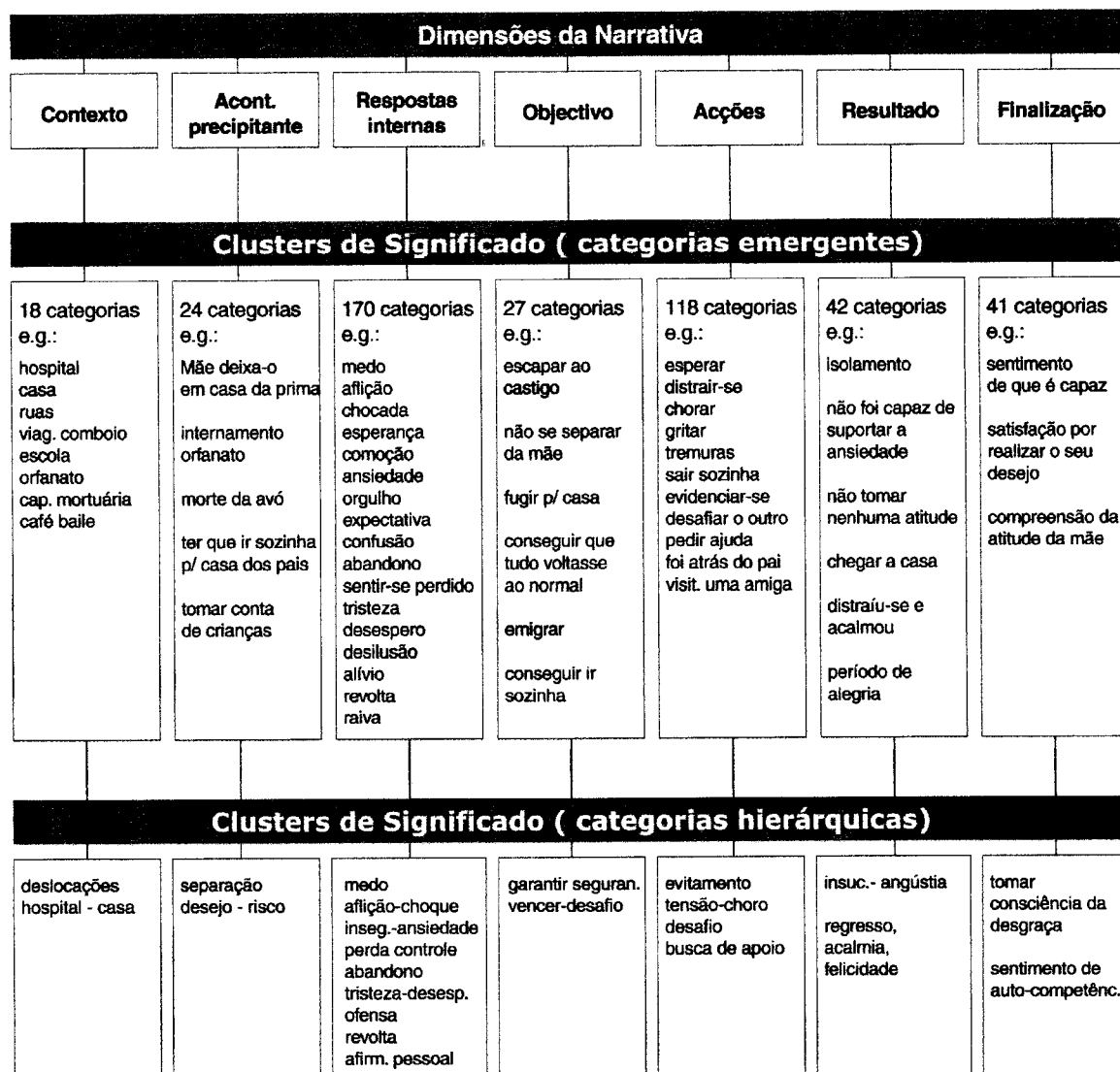


Figura 1. Categorias hierárquicas (C.H.) e categorias emergentes (C.E.) construídas a partir das narrativas pessoais significativas.

Narrativa Protótipo

"Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite."

O texto da narrativa protótipo foi escrito numa versão feminina e numa versão masculina, para a apresentação aos sujeitos do respectivo sexo.

Propomos, em seguida, dissecar o texto de acordo com as categorias hierárquicas de que partimos, de modo a explicitar a forma como estas foram articuladas e integradas no presente discurso. Para tal, procedemos a uma apresentação esquemática, em que a "negro" destacamos a categoria da gramática narrativa e a(s) respectiva(s) categoria(s) hierárquica(s), seguida do extracto do texto que lhe(s) corresponde:

Contexto - deslocações hospital-casa

"Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa..."

Acontecimento precipitante - separação e desafio-risco

"...de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado..."

Respostas internas - medo, aflição-choque, insegurança-ansiedade, perda de controlo, abandono, tristeza-desespero, ofensa, revolta e afirmação pessoal

"...comecei a sentir um medo intenso..."

"...vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade (...) sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. (...) Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis."

Objectivo - garantir segurança e vencer desafio

"Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha"

Acções - evitar, chorar-tensão, desafiar e busca de apoio

"Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa..."

"Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer."

"Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado."

Resultado - insucesso-angústia e regresso-acalmia-felicidade

"Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia (...) acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

Finalização - tomar consciência da desgraça e sentimento de auto-competência

"...aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto, isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante."



1.4 Discussão

A

semelhança da organização seguida na apresentação dos resultados, iremos desenvolver esta reflexão separadamente em torno das duas temáticas: primeiro e de um modo mais global sobre os resultados de diagnóstico; a seguir e através de um enfoque mais aprofundado acerca da narrativa protótipo.

1.4.1. Resultados da avaliação psicodiagnóstica

Um aspecto que sobressai nos resultados da avaliação psicométrica realizada, para o diagnóstico dos sujeitos da amostra, é o facto de, em todos os questionários de auto-resposta, existirem valores que não respeitam o ponto de corte estipulado. Naturalmente que este fenómeno desperta a atenção, sugerindo a necessidade de uma reflexão detalhada e a elaboração de hipóteses de compreensão do seu significado, específicas para cada um dos instrumentos. Começaremos pelo questionário destinado à confirmação do diagnóstico, passando depois aos utilizados para o despiste de outras perturbações emocionais.

No que diz respeito aos resultados obtidos no Questionário de

Medos, um aspecto que pensamos ser relevante na compreensão destes resultados é o facto de não ter sido controlado o tempo de tratamento de cada sujeito. Na realidade, encontramos a esse nível situações muito diversas, desde sujeitos em fases finais de um trabalho psicoterapêutico a outros que o iriam iniciar pela primeira vez. Esta variação, segundo Baptista (1989), não parece alheia aos resultados obtidos na escala, dada a sensibilidade demonstrada pelas subescalas do Q.M. às mudanças ocorridas durante o tratamento comportamental da agorafobia. Esta ideia é reforçada por Mavissakalian (citado por Baptista, 1989), ao sugerir que se utilizasse especificamente o índice de Ag como medida standard em relação aos efeitos do tratamento, defendendo que um valor igual ou inferior a dez representa sintomas agorafóbicos ligeiros. Tendo em conta que os critérios da D.S.M. III-R contemplam diversas possibilidades quanto à gravidade sintomática, este aspecto não interfere no diagnóstico de organização estrutural agorafóbica.

Relativamente ao B.D.I. talvez o valor de corte pré-estabelecido seja bastante exigente, pois se considerássemos o valor de corte de 16 recomendado por Beck (citado por Alves, 1993) para designar sujeitos moderada e severamente deprimidos, mais oito sujeitos teriam resultados abaixo do valor de corte, sem levantar dúvidas quanto à eventual existência de uma organização depressiva. Também a média de resultados para o B.D.I. ser praticamente de 16 (16.30), permite considerar que a amostra não ultrapassa de modo algum um nível moderado de depressão. Quanto aos restantes nove casos que ultrapassam o valor de corte, convém recordar que a D.S.M. III-R (APA, 1987/1989) refere como características associadas à agorafobia a presença frequente de um distúrbio depressivo. Desses sujeitos, seis apresentam valores que correspondem a uma depressão moderada e apenas em três os resultados são indícios de sintomatologia depressiva mais grave. Trata-se de três sujeitos (S5, S20 e S21) do sexo feminino e de nível sócio-económico baixo (Graffar IV e V), como se pode verificar no Anexo 16 que apresenta uma panorâmica do conjunto de características demográficas e dos índices psicopatológicos da amostra. Estes sujeitos, no momento da entrevista,

viviam dificuldades muito específicas. O sujeito S5 encontrava-se com dezassete anos de evolução do problema e no seu primeiro internamento, queixando-se muito de tudo ("Sim senhora Doutora eu estou muito mal, muito em baixo"), o que se reflecte nos valores obtidos nas outras escalas que são todos muito elevados, exprimindo um sofrimento exacerbado na altura em que a avaliação foi feita; para além disso a doente verbalizava ao longo da avaliação que dada a sua idade e baixa escolaridade, tinha dificuldade em discriminar com clareza os estados interiores, mostrando grande ansiedade ao responder às perguntas que lhe eram colocadas. Noutro caso (S21) o sujeito queixa-se de andar muito pior desde há dois anos, momento em que tomou conhecimento de que o filho andava metido na droga e sente que perdeu a paz ("Estou perdida"). O terceiro caso (S20) corresponde à única situação da amostra em que o sujeito está desempregado, com 36 anos, situação que parece pesar-lhe. Em virtude destas situações, pode levantar-se a hipótese de que o B.D.I. tenha avaliado mais uma sintomatologia depressiva decorrente de perdas recentes (de saúde, de tranquilidade e de estabilidade profissional) do que propriamente uma organização depressiva dos significados. Acrescente-se, ainda, que no estudo realizado por Baptista (1989) a amostra de sujeitos portugueses diagnosticados com agorafobia, em comparação com os seus congéneres europeus, apresentou scores especialmente superiores na subescala da Ansiedade-Depressão, sugerindo que têm maiores níveis de perturbação afectiva, ansiedade e depressão. A propósito, também Segal e Shaw (1988) sublinham a existência de estreitas relações entre ansiedade e depressão, referindo que cerca de 90% dos pacientes apresentam simultaneamente sintomas de ansiedade e depressão (Brier, Charney, & Heninger, 1984; Dobson, 1985; Fawcett & Kravitz, 1983; Hamilton, 1981; Swinson & Kirby, 1987 citados em Segal & Shaw, 1988).

No que se refere aos valores obtidos na escala M.O.C. verificámos que, apesar da sua média (9.8) ser inferior ao ponto de corte definido, em oito sujeitos os resultados ultrapassam este limite. Na interpretação deste fenómeno devemos ter presente que o distúrbio obsessivo

compulsivo constitui, tal como a agorafobia, um distúrbio de ansiedade, tendo ambos como características essenciais a ansiedade e o evitamento, o que pode dificultar a diferenciação dos sintomas vivenciados. Por outro lado, este questionário pode levantar dificuldades de interpretação ao sujeito que o preenche, dado que algumas frases são apresentadas na negativa, tornando confuso o seu julgamento enquanto falso e verdadeiro, pois gera a questão das duplas negativas. Por exemplo, o item 5 "Se tocar num animal não fico preocupado com receio de contaminação". Se o sujeito não fica preocupado, responde não e tem tendência a fazer corresponder essa resposta a "falso" quando, nesse caso, deveria ser "verdadeiro". Aliás, nos casos em que por solicitação do sujeito acompanhamos mais de perto o preenchimento deste questionário, lendo em voz alta os itens, foi manifesto este equívoco, exigindo do sujeito uma nova reflexão e com frequência correcções na primeira resposta atribuída. Contudo, este aspecto que não foi possível controlar nos casos em que os sujeitos preencheram o questionário de forma inteiramente autónoma e sem mostrar grande disponibilidade para interacções a esse respeito. A maioria dos casos com valores mais elevados correspondem a pessoas com baixos níveis de escolaridade (ver Anexo 16), para as quais é de supor que este raciocínio de interpretação seja particularmente difícil. Com efeito, não podemos deixar de considerar esta característica do instrumento, uma fonte de erro adicional no processo de auto-avaliação.

Um outro aspecto a ter em consideração na discussão destes resultados prende-se com o reconhecimento das limitações na eficácia dos auto-relatos. Especificamente quanto à ansiedade fóbica, segundo Williams (citado por Baptista, 1989) foi demonstrado que as auto-avaliações têm pouca relação com o comportamento fóbico, explicando apenas uma modesta percentagem da variância observada nos comportamentos. Aliás, os resultados das escalas de auto-resposta apresentam-se com frequência enviesados pelo conteúdo e pela natureza das características de processamento de informação, específicas da

perturbação (Segal & Shaw, 1988). Na realidade, o uso de medidas de auto-avaliação é habitualmente criticado, em virtude de ser influenciado por factores de desejabilidade social e apresentar índices elevados de distorção das respostas, comprometendo a fidedignidade dos resultados.

Concretamente, têm sido identificados problemas dos auto-relatos na avaliação de estruturas cognitivas. Glass e Arnkoff (citados por Segal & Shaw, 1988) criticam o pressuposto de que existe uma relação isomórfica entre a cognição e a sua representação nos inventários de auto-resposta. Os autores apresentam quatro processos diferentes que podem estar subjacentes à "transferência" da experiência interior para itens pré-estabelecidos, provocando enviesamentos na resposta dos sujeitos: (a) o sujeito em vez de avaliar a frequência de um item, influenciado pelo impacto, pode avaliar a importância que ele tem na sua vida; (b) ocorrer um processo de "adesão" do pensamento idiossincrático do sujeito a um item com uma estrutura gramatical correcta; (c) a selecção do item pode reflectir o reconhecimento de uma determinada imagem que o sujeito tem de si próprio, mas não se ajustar necessariamente à experiência específica do momento; (d) o sujeito pode ver no item uma representação linguística adequada para um estado emocional sobre o qual ainda não tinha pensado, precipitando assim, a correspondência entre eles (Glass & Arnkoff, citados por Segal & Shaw, 1988). Com efeito, se tivermos em conta estes fenómenos, admitimos que os resultados num inventário de auto-relato, possam traduzir uma multiplicidade de significados e não exclusivamente aquele para que a sua validade de conteúdo aponta.

Em síntese, acabámos de discutir os resultados obtidos nos questionários de auto-relato à luz de quatro factores: (1) relativização dos valores de corte eleitos, associada à falta de consensualidade na sua definição, bem como à falta de validade concorrente com o diagnóstico clínico, elemento que consideramos central na avaliação psicopatológica; (2) existência frequente de co-morbilidade, muito particularmente entre sintomatologia ansiosa e depressiva; (3) características estruturais dos

instrumentos; (4) limites inerentes, em geral, a questionários de auto-resposta.

Com base neste conjunto de reflexões e na preponderância atribuída ao diagnóstico clínico (o qual tem também subjacente o diagnóstico diferencial), os valores que surgiram acima do ponto de corte nos questionários utilizados para despiste de outras perturbações, não foram considerados indicativos de depressão e/ou de obsessão-compulsão. Tais resultados sugerem antes, eventualmente, a coexistência de sintomatologia depressiva e ansiosa de natureza obsessiva a par da patologia agorafóbica, na maioria destes sujeitos. Entendemos que a sua apresentação enriquece a caracterização psicopatológica da amostra que participou neste primeiro estudo.

1.4.2. Narrativa protótipo

Este estudo permitiu atingir o objectivo inicialmente definido de construção de uma narrativa protótipo em sujeitos com agorafobia.

Do método seguido destaca-se a eficácia, para a análise das narrativas na dimensão do conteúdo, da entrevista preparada para obter informação previamente definida e categorizável de acordo com a grelha da gramática narrativa proposta por Mandler (1984); bem como, da metodologia de *grounded theory* utilizada na construção da teoria. Efectivamente, a entrevista estruturada que conduzimos permitiu analisar a dimensão do conteúdo das narrativas, facilitando a emergência de categorias que serviriam de base à construção de uma história protótipo.

Assim, este protótipo foi construído a partir da recordação de acontecimentos específicos que são, em si próprios, conceptualizados como protótipos do modo como as experiências significativas são organizadas, em sujeitos com perturbações emocionais. Neste sentido, não se trata de uma referência à prototipia enquanto esquema que condensa uma abstracção das características comuns às experiências significativas. Nessa linha, encontramos autores como Safran, Bowlby e Stern que sugerem a existência de uma organização das vivências num

nível de abstracção mais elevado, através da constituição de um modelo ou esquema que irá reger a organização de experiências futuras. Mais especificamente, Safran (1990a e b) propõe o modelo de esquema interpessoal, enquanto representação cognitiva genérica das interacções eu-outro, em Bowlby (1993) encontramos o conceito de modelo dinâmico interno para traduzir a teoria pessoal elaborada a partir das relações de vinculação e Stern (1985) defende a ideia de que é através da abstracção das principais características das interacções repetidas com a mãe que a criança elabora um modelo dessa relação. Em suma, todos estes modelos de categorização assumem que a organização dos conhecimentos, deriva de um processo elaborado de abstracção de características comuns entre vivências significativas.

Em contraste, a abordagem ao conceito de prototipia que sugerimos, enquadra-se antes, na concepção introduzida por Rosch (1978) de que o ser humano organiza a experiência a partir de membros da categoria que ocupam lugares centrais. Por outras palavras, com este autor emergem na psicologia cognitiva modelos sobre a categorização, segundo os quais o conhecimento se organiza por referência ao elemento que melhor representa a respectiva classe. É na linha desta teoria que consideramos que o relato de um episódio significativo recordado pelos sujeitos com perturbações emocionais, em que a construção dos significados assenta na rigidez e redundância temática, é passível de construir "bom exemplo" do modo como organizam a sua expectativa (Gonçalves, Korman & Angus, 2000).

Foi a partir dessas prototipias inerentes à psicopatologia que procurámos construir uma narrativa susceptível de ser partilhada como protótipo pelos sujeitos com agorafobia. A seguir, propomo-nos reflectir sobre o conteúdo da narrativa protótipo elaborada.

Na narrativa que construímos reconhecemos vários aspectos focados pelos diversos autores, pelo que consideramos oportuno fazer um breve comentário dos resultados encontrados à luz dos modelos teóricos revistos.

De uma maneira geral, os vários modelos apresentados

identificam uma dualidade de “posições”, marcando duas vertentes contrastantes da experiência do sujeito. Beck (1976) refere-se ao sistema de crenças dual, no qual Guidano (1987) se baseia para afirmar o dilema entre necessidade de protecção e de liberdade, também claramente explicitada por Joice-Moniz (1993) particularmente a propósito do nível 5 de significação da agorafobia ou o correspondente medo de solidão e da constrição, enquanto Lorenzini e Sassaroli (1987) desenvolvem a sua teoria à volta da dualidade rígida entre os construtos de autonomia e dependência, unilateralmente desenvolvidos. Na narrativa aparece o desespero pela solidão e a felicidade face à expectativa de auto-competência na resolução de um desafio. Isto sugere uma construção do significado das vivências através de uma vertente que diríamos de insegurança e outra de afirmação pessoal, convergindo no mesmo protótipo. Esta espécie de dupla mensagem transmitida por um mesmo relato transporta-nos para os paradoxos da comunicação entre descontrolo/controlo e irracionalidade/racionalidade equacionados por Capps e Ochs (1995a), para expressar as dificuldades de relacionamento interpessoal destes sujeitos.

O acontecimento precipitante da separação, vai de encontro ao que vários modelos definem como situação desencadeante da crise agorafóbica, na medida em que evidencia quer a estreiteza de laços existentes com o outro, quer o abandono e o risco face a novas responsabilidades.

Do confronto com o acontecimento emerge um conjunto de respostas internas intensas, retratando a tendência para o modo catártico da expressão emocional deste sujeitos, referido por Joyce-Moniz (1993). Esta expressão caracteriza-se, ainda, pela falta de discriminação emocional, com excepção do medo, e ênfase na descrição de sensações físicas, o que parece ilustrar a ideia sublinhada pelos autores construtivistas quanto à dificuldade destes sujeitos em conceptualizar as emoções. Encontramos bem presente o medo de perder o controlo, o qual Guidano (1988) considera nuclear nesta organização de significado, bem como os sentimentos de insegurança e abandono que realçam a

imagem de dependência, neste caso seguida de uma revolta que impele à afirmação pessoal. Parece existir assim, um “fluído”, uma interconexão entre estas emoções e não tanto, como defendiam os autores anteriores, uma espécie de dicotomia rigidificada entre eles.

O objectivo de garantir a segurança parece congruente, uma vez mais, com a imagem proposta pelos autores referidos na primeira parte, considerando especificamente, Lorenzini e Sassaroli (1987, 1988) que a restrição progressiva da área de exploração, corresponde a uma tentativa de manter a segurança e, segundo Guidano (1987), é neste sentido que o sujeito procura um equilíbrio entre a autonomia e a liberdade. Mas surge também o objectivo de vencer o desafio, o qual, embora não apareça formulado desta forma nos modelos anteriores, consideramos que corresponde à vertente de autonomia e liberdade ou de controlo sobre a situação a que se referem Capps e Ochs (1995).

No que diz respeito às acções, as categorias hierárquicas correspondem às estratégias descritas nos modelos anteriores, sendo central o evitamento, através do qual, como refere Beck (1976), deixam de existir problemas. Remete-nos também para o evitamento defensivo de que nos fala Bandura (1986), resultante da percepção de ineficácia em se controlar a si próprio, face a situações que possam vir a exceder as suas capacidades. Lorenzini e Sassaroli (1988) defendem que o evitamento suplanta qualquer estratégia de exploração, provocando a “ignorância” que aprisiona o sujeito num mundo mais “pequeno” e o faz sentir necessidade do apoio dos outros. Guidano (1987) refere esta busca de apoio, como uma necessidade de garantir a proximidade do outro para resolver um problema como que exteriormente determinado, a que o sujeito com agorafobia se considera fatalmente submetido. A tensão e o choro parecem constituir uma expressão das “explosões emocionais” referidas pelo autor citado, em resultado da dificuldade de construir um conhecimento explícito dessas vivências. O desafiar, como uma espécie de provocação do outro, encontra também sentido na agorafobia, remetendo-nos para a ideia de exploração dos limites e “auto-confiança compulsiva”, com que Lorenzini e Sassaroli (1988) caracterizam a

polarização na autonomia. No modelo de Guidano (1988) encontramos, de alguma forma, esta ideia na tentativa de manter o outro a uma distância ótima, que não lhe permita ser demasiado invasivo ou, como diriam Capps e Ochs (1995), controlar o protagonismo dos que o rodeiam.

O resultado de insucesso e a finalização de tomada de consciência da desgraça, lembram-nos as interpretações de sobrevalorização do risco, descritas no modelo de processamento de informação de Mathews e MacLeod (1987). Numa espécie de contraponto, coexiste um resultado de regresso, acalmia e felicidade, permitindo uma interpretação final em termos de sucesso na comunicação e imposição dos seus desejos (Capps e Ochs, 1995) e um sentimento de auto-competência, imagem que, segundo Guidano (1987), estes sujeitos conseguem sempre proteger, atribuindo o seu problema a factores externos e lendo no apoio dos outros uma confirmação do seu valor pessoal.

Em síntese, diríamos que existem dois temas fundamentais no enredo desta história: o medo do abandono e a tentativa de afirmar uma auto-competência, capaz de o superar, através de comportamentos de hipercontrolo que permitam vencer os desafios, incluindo o de não se deixar dominar pelo outro e assim, "acalmar e adormecer".

A narrativa protótipo sugere assim, uma articulação entre as necessidades de protecção (a dependência) e de afirmação pessoal (autonomia). Estas duas componentes parecem surgir, não propriamente como aspectos contraditórios e independentes da sua existência, mas como elementos decorrentes um do outro, no sentido em que o abandono, motiva a revolta e com ela a necessidade de afirmação pessoal (e.g. "havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha") concretizada na busca do apoio dos outros (e.g. "havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo").

Contudo, fica-nos a ideia de que os sujeitos com agorafobia tendem a ler as suas experiências, imbuídos de uma intensidade emocional que extrema as vivências, realçando apenas uma das dimensões, ora a invejável autonomia do passado, ora a escravizante

dependência do presente, e não significando existências "intermédias", nem acedendo à sua complexificação pela interacção de significados múltiplos. Esta significação extremada é muito claramente ilustrada na canção *Tudo o que te dou*:

Eu não sei, que mais posso ser,
um dia rei, outro dia sem comer
por vezes forte, coragem de um leão
às vezes fraco, assim é o coração. (Pedro Abrunhosa).

O desejo da proximidade confunde-se com o desejo de liberdade, sendo a perspectiva simultânea da disponibilidade dos outros e da força própria para resolver os desafios que lhes asseguram, como diz a narrativa protótipo, a tranquilidade do sono, ou também "cantar":

"mata-me de amor, dá-me liberdade,
deixa-me voar, amar e adormecer." (Pedro Abrunhosa).

Na nossa opinião, torna-se saliente que, para além de ter sido possível elaborar uma narrativa protótipo da agorafobia, o seu conteúdo abrange as contribuições teóricas de diversos autores acerca da referida perturbação. Consideramos que a narrativa protótipo que construímos, viabiliza globalmente conceptualizações cognitivo-construtivistas da agorafobia e contribui para compreender a organização narrativa do processo de significação nestes sujeitos.

Seria, agora, fundamental explorar a plausibilidade desta teoria, no sentido de a submeter à validação social por parte de diversos interlocutores, processo a que daremos início no próximo estudo destinado à validade convergente da narrativa protótipo construída, junto de sujeitos com agorafobia em contraste com um grupo de sujeitos sem diagnóstico de perturbação emocional.

2. Segundo Estudo: Determinação da Validade Convergente

2.1 Introdução

Iniciámos com este estudo a segunda parte desta investigação empírica que se propõe analisar a validade da narrativa protótipo anteriormente construída.

A necessidade de avaliar a pertinência científica e o potencial heurístico em psicologia, da teoria sistematizada na narrativa protótipo, justifica o grupo de estudos que passamos a desenvolver, pelo que gostaríamos de enquadrar teoricamente esta preocupação antes de prosseguir com a apresentação mais específica do estudo em causa.

A validação, enquanto processo através do qual se argumenta a validade, confiança e lealdade das nossas interpretações, é um aspecto importante na avaliação do trabalho narrativo efectuado, como em qualquer actividade científica social. A *grounded theory* é um método científico, cujos procedimentos se forem cuidadosamente levados a cabo, permitem que a teoria desenvolvida corresponda aos critérios científicos habituais de uma "boa ciência": significância / relevância, compatibilidade teoria-acção, generalização, consistência, reprodutibilidade, precisão, rigor e verificação (Strauss & Corbin, 1990). Contudo os conceitos de verificação e os processos para o estabelecimento da validade do modelo

experimental, recaem em pressupostos realistas que são irrelevantes para o estudo das narrativas (Riessman, 1993). Uma narrativa pessoal não é para ser lida como um registo exacto do que aconteceu e portanto não é a "verdade" que está em causa, mas antes a fidedignidade, honestidade e confiança do processo. Neste sentido, diríamos que as questões colocadas à validade da investigação científica se mantêm, mas as respostas terão que ter uma forma consistente com a perspectiva qualitativa que lhe está subjacente. Como Stiles (1993) sustinha o objectivo no controlo da qualidade da investigação muda da verdade objectiva das afirmações para a sua "compreensibilidade" por parte das pessoas. Torna-se fundamental o investigador revelar a sua orientação e envolvimento pessoal, bem como avaliar as suas interpretações de acordo com o impacto que têm em "terceiros", nomeadamente participantes e especialistas.

Para a validação do trabalho narrativo não há uma abordagem standard, mas diferentes processos podem ser utilizados e mais adequados a umas teorias do que a outras. Segundo Connely e Clandinin (1990) no processo de avaliação de uma narrativa os conceitos de fidelidade, validade e generalização devem ser substituídos, respectivamente, pelos de aparência, verosimilhança e transferibilidade. Com base nestes conceitos, defendem que uma narrativa deve fazer sentido para aqueles que estão envolvidos no fenómeno estudado, revelando-se adequada e plausível em relação ao assunto que procura abarcar. Entretanto, Riessman (1993) refere-se a quatro formas de validação do trabalho narrativo, nomeadamente a persuasão e plausibilidade, a coerência, o uso pragmático e a correspondência, a qual utilizaremos no nosso trabalho. A correspondência consiste em testar os resultados, neste caso a narrativa protótipo, com um grupo de sujeitos com características semelhantes às dos entrevistados da amostra inicial. Como afirmam Strauss e Corbin (1990) a teoria deve ser fiel à realidade do dia-a-dia na área em questão, "because it represents that reality, it should also be comprehensible and make sense to the persons who were studied" (p.23). Trata-se, portanto, de avaliar a validade das interpretações de um investigador, já que como

salienta Riessman (1993) os investigadores não têm acesso directo à experiência dos outros, existindo pelo menos cinco níveis de representação no processo de investigação, em que o último nível de representação surge no confronto do leitor com o discurso. Segundo Lincoln e Guba (citados por Riessman, 1993) se as reconstruções do investigador são reconhecidas como representações adequadas a credibilidade aumenta.

Os estudos de validação desenvolvidos enquadram-se nas formas de validar propostas pelos autores atrás referidos. Mais especificamente, nos estudos da validade convergente e da validade divergente junto de sujeitos com agorafobia é averiguada a correspondência sugerida por Riessman (1993), uma vez que implica uma apreciação da narrativa pela mesma população em que foram colectados os dados. Nos outros dois estudos de validação divergente, junto de significativos e de clínicos, é enriquecida a avaliação da plausibilidade e verosimilhança da narrativa construída para a perturbação agorafóbica, através de populações com características que consideramos poder contribuir para este efeito. Objectivo que também se aproxima da validade por destemunho de que nos fala Stiles (1993).

Neste sentido, numa primeira fase da validação a questão que nos colocámos é a de saber em que medida esta narrativa tem algum significado auto-biográfico para os sujeitos com agorafobia, mais do que poderá ter para qualquer outra pessoa sem a perturbação.

Assim, neste estudo o objectivo específico é testar a narrativa protótipo face aos dados da evidência, a fim de verificar a viabilidade da história que construímos. Para isso iremos seguir, não só o método da correspondência atrás referido, como contrastar a percepção desse grupo de sujeitos com um grupo controlo. A nossa hipótese é de que os indivíduos com agorafobia se identificarão significativamente mais com a narrativa protótipo do que os indivíduos que não sofrem de agorafobia. O uso de metodologias quantitativas tem agora o seu lugar, nomeadamente através do cálculo da validade convergente (Howard, Maerlender, Myers & Curtin, 1992), para a determinação da existência, ou não, de valores discriminativos entre as duas populações, relativamente à hipótese

elaborada. Strauss e Corbin referem-se especificamente à combinação de métodos dos dois tipos, qualitativos e quantitativos, sugerindo usar "some form of quantitative data to partially validate one's qualitative analysis" (Strauss & Corbin, 1990, p.19).

2.2 Método

2.2.1 Amostra

Este estudo inclui um grupo experimental, constituído por sujeitos com agorafobia e um grupo controlo, formado por sujeitos sem história de acompanhamento psiquiátrico ou de psicologia clínica (no sentido de ausência de um diagnóstico de perturbação emocional).

Trata-se de amostras emparelhadas, cuja composição foi determinada pelos sujeitos com diagnóstico clínico de agorafobia, indicados por psiquiatras e psicólogos clínicos que colaboraram na respectiva recolha. Ou seja, a partir das características demográficas deste grupo, definimos por emparelhamento a amostra de sujeitos sem agorafobia. Este processo implicou procurar sujeitos sem qualquer diagnóstico clínico, em que o sexo, a idade, as habilitações e a profissão correspondessem o mais possível aos da amostra experimental.

Os critérios específicos para selecção do grupo de controlo consistiam na ausência de sintomatologia de pânico e/ou de evitamento agorafóbico, bem como de tratamento ou de pedido de ajuda na área da psiquiatria ou da psicologia clínica.

Quanto à composição da amostra experimental, foram admitidos todos os sujeitos que tinham, no passado ou no presente, recebido o

diagnóstico clínico de agorafobia com ou sem história de pânico, de acordo com os critérios definidos pela DSM III-R (APA, 1987/1989) e os quais poderão ser consultados no Anexo 1. A fase do tratamento em que os sujeitos se encontravam não foi controlada. A esta opção encontra-se subjacente o princípio de que, se a teoria se baseou em dados abrangentes (pois, embora todos os sujeitos da amostra do anterior estudo se encontrassem naquele momento em tratamento, a fase terapêutica em curso não seria a mesma) e se as interpretações conceptuais são amplas, então a teoria deve ser suficientemente abstracta e aplicável a uma variedade de contextos relacionados com o fenómeno (Strauss & Corbin, 1990). Destacamos, por curiosidade, que voltaram a integrar esta amostra, quatro dos sujeitos entrevistados no primeiro estudo.

Cada um dos grupos de contraste utilizados envolveu 37 sujeitos, 20 do sexo feminino e 17 do sexo masculino. No que diz respeito às restantes características da amostra, poderão ser observadas, numa primeira fase em relação ao grupo experimental, no Quadro 5 a seguir apresentado.

Quadro 5

Distribuição do Grupo Experimental (sujeitos com agorafobia) por Sexo, Idade, Habilitações, Profissão e Período de Evolução do Problema ($N = 37$).

| SUJEITO | SEXO | IDADE (anos) | HABILITAÇÕES | PROFISSÃO | PEP (período de evolução do problema) |
|---------|------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------------------------|
| 1 | F | 26 | 11º A | Secretária | 8 A |
| 2 | F | 35 | Licenciatura | Prof.ª Secund. | 13 A |
| 3 | F | 31 | 9º A | Administradora | 12 A |
| 4 | F | 28 | Mestrado | Engenheira | 17 m |
| 5 | F | 41 | Licenciada | Prof.ª Secund. | 5 A |
| 6 | F | 27 | 1º A Ciclo | Doméstica | 3 A |
| 7 | F | 31 | C.Contabilid. | Escriturária | 10 m |
| 8 | F | 33 | 1º A Ciclo | Doméstica | 2 A |
| 9 | F | 28 | Licenciatura | Prof.ª Secund. | 7 A |
| 10 | F | 28 | Licenciatura | Gestora | 4 A |
| 11 | F | 47 | Licenciatura | Chefe Serv.Doc. | 27 A |
| 12 | F | 28 | Licenciatura | Prof.ª Secund. | 5 A |
| 13 | F | 33 | Licenciatura | Tradutora/Int. | 1 A |
| 14 | F | 37 | Licenciatura | Prof.ª Secund. | 12 A |
| 15 | F | 47 | Ciclo Prepar. | As.Cons.Méd. | 6 A |
| 16 | F | 29 | 1º A Ciclo | Doméstica | 1 A |
| 27 | F | 27 | Lic. Direito | Jornalista | 7 A |
| 28 | F | 26 | 7º A | Cortadeira | 4 m |
| 29 | F | 49 | 9º A | 2ª Oficial | 27 A |
| 20 | F | 22 | 2º A Letras | Estudante | 9 A |
| 21 | M | 25 | 4º A Engenhar. | Estudante | 6 A |
| 22 | M | 34 | Lic.Engenharia | Engenheiro | 20 A |
| 23 | M | 30 | 12º A | Estudante | 4 A |
| 24 | M | 38 | Freq.Engenharia | Empresário | 7 A |
| 25 | M | 20 | 12º A | Vendedor | 3 A |
| 26 | M | 37 | Licenciatura | Prof. Secund. | 1,5 A |
| 27 | M | 37 | Mestrado | Prof. História | 15 A |
| 28 | M | 23 | 10º A | Gestor Indust. | 1 A |
| 29 | M | 59 | Esc. Industrial | Desempregado | 25 A |
| 30 | M | 42 | Curso Médio | Enfermeiro | 2 A |
| 31 | M | 43 | 4ª Classe | Electricista | 10 A |
| 32 | M | 42 | 4ª Classe | Serralheiro | 6 A |
| 33 | M | 22 | 3º A Engenhar. | Estudante | 2,5 A |
| 34 | M | 17 | 9º A | Estudante | 3 A |
| 35 | M | 25 | 4º A Economia | Estudante | 6 A |
| 36 | M | 31 | 12º A | Vendedor Resp. | 8 A |
| 37 | M | 31 | 6º A | Electricista | 4 m |

A leitura do quadro permite confirmar que 20 (54.05%) sujeitos são do sexo feminino e 17 (45.95%) são do sexo masculino, apresentando uma média de idades, respectivamente, de 32.65 e de 32.71, com idade média global de 32.68 anos. Relativamente às habilitações, deparamo-nos com um leque diversificado de estatutos que vai desde o 4º ano de escolaridade ao mestrado. Evidencia-se neste âmbito, uma maior incidência em níveis de estudo elevados, situando-se a maioria da amostra [$n=20$ (54.1%)] com uma formação superior ao 12º ano de escolaridade.

Quanto à profissão o panorama é, naturalmente, semelhante em termos de diversidade, encontrando-se desde trabalhadores não especializados a “quadros”, bem como estudantes e desempregados. No que concerne ao período de evolução do problema, aspecto específico na descrição do grupo experimental, constatamos que varia entre um mínimo de quatro meses e um máximo de vinte e sete anos, sendo o tempo médio de duração da patologia de 7.35 anos.

O grupo de controlo foi a seguir recolhido numa tentativa de decalque das configurações obtidas no grupo experimental. Tratava-se de fazer corresponder a cada um dos sujeitos da amostra atrás apresentada, um indivíduo sem perturbações emocionais, com sexo, idade, habilitações e profissão equivalentes. Com efeito, não foi tarefa fácil reunir a amostra de sujeitos sem agorafobia, com tais exigências e dado não existirem entre eles características comuns que facilitassem a sua procura em contextos determinados, restando recorrer a contactos entre pessoas conhecidas. Nomeadamente, tivemos necessidade de flexibilizar os critérios iniciais, procurando caso a caso a situação que melhor se ajustava. Nas situações em que o estatuto académico-profissional correspondia a uma amostra mais acessível, como por exemplo professores, procurou-se que a idade coincidisse em absoluto com a dos sujeitos diagnosticados com agorafobia; nos casos em que este estatuto era mais peculiar, como por exemplo chefe de serviço de documentação, procurou-se respeitar a actividade e ser um pouco mais flexível em relação à idade. Em suma, as características da amostra controlo são no seu conjunto parecidas com as da amostra experimental, embora não sejam totalmente correspondentes, tal como se pode observar no Quadro 6 à direita apresentado.

A análise do quadro revela que a constituição do grupo de controlo quanto ao sexo é rigorosamente igual à do grupo experimental. Já em relação à idade encontram-se algumas diferenças, embora a média da idade destes sujeitos seja de 33 anos (com igual média de idade em cada um dos sexos), valor apenas ligeiramente superior ao do grupo experimental (32.68). Ainda em relação à idade, verifica-se que é igual

Quadro 6
Distribuição do Grupo Controlo (sujeitos sem perturbações emocionais) por Sexo, Idade, Habilitações e Profissão

| SUJEITOS | SEXO | IDADE (anos) | HABILITAÇÕES | PROFISSÃO |
|----------|------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | F | 27 | 12º A | Secretária |
| 2 | F | 34 | Licenciatura | Prof.ª Ens.Secundário |
| 3 | F | 31 | 12º A | Administradora |
| 4 | F | 25 | Mestrado | Engenheira |
| 5 | F | 41 | Licenciatura | Prof.ª Ens.Secundário |
| 6 | F | 32 | 4ª Classe | Doméstica |
| 7 | F | 21 | C. Contabilidade | Escriturária |
| 8 | F | 35 | Ciclo Preparatório | Doméstica |
| 9 | F | 28 | Licenciatura | Prof.ª Ens.Secundário |
| 10 | F | 27 | Curso Médio | Gestora-Empresário |
| 11 | F | 39 | Mestrado | Chefe Serv.Document. |
| 12 | F | 29 | Licenciatura | Prof.ª Ens.Secundário |
| 13 | F | 41 | Licenciatura | Tradutora/Interprete |
| 14 | F | 38 | Licenciatura | Prof.ª Ens.Secundário |
| 15 | F | 56 | 4ª Classe | As.Cons.Médico |
| 16 | F | 31 | 4ª Classe | Doméstica |
| 17 | F | 27 | Lic. Filosofia | Jornalista |
| 18 | F | 27 | 6º A | Operária fabril |
| 19 | F | 52 | 9º A | 1ª Oficial |
| 20 | F | 19 | 2º A Filosofia | Estudante |
| 21 | M | 28 | 3º A Engenharia | Estudante |
| 22 | M | 31 | Mestrado | Engenheiro |
| 23 | M | 32 | 12º A | Estudante |
| 24 | M | 37 | Licenciatura | Gerente |
| 25 | M | 21 | 12º A | Vendedor |
| 26 | M | 39 | Licenciatura | Prof. Ens.Secundário |
| 27 | M | 35 | Mestrado | Prof.Geografia |
| 28 | M | 24 | Curso Gestão | Gestor Indust. |
| 29 | M | 60 | 4ª Classe | Desempregado |
| 30 | M | 50 | Licenciatura | Enfermeiro |
| 31 | M | 43 | 6º A | Electricista |
| 32 | M | 41 | 4ª Classe | Serralheiro |
| 33 | M | 21 | 3º A Engenharia | Estudante |
| 34 | M | 17 | 9º A | Estudante |
| 35 | M | 24 | 5º A Economia | Estudante |
| 36 | M | 32 | 12º A | Vendedor Responsável |
| 37 | M | 26 | Ciclo Preparatório | Carpinteiro |

ou apenas com a diferença de um ano em vinte e um dos sujeitos, variando nos restantes casos entre três, quatro, cinco, oito, nove e um máximo de dez anos, devendo-se nestes últimos casos a situações em que privilegiamos a actividade profissional, a qual era de algum modo rara (por exemplo escriturária, tradutora/interprete). No respeitante ao estatuto académico-profissional conseguimos que ele fosse totalmente

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

equivalente em 22 (59.5%) sujeitos, o que corresponde à maioria dos sujeitos da amostra. Quanto às outras situações, resultou um maior decalque da profissão, em que apenas se detectam quatro ligeiras diferenças, do que das habilitações, relativamente às quais há um maior número de casos (nove) em que é ligeiramente superior neste grupo controlo.

Em relação a ambas as amostras – de sujeitos com agorafobia e de sujeitos sem diagnóstico de perturbação emocional – se calculássemos o nível sócio-económico com base apenas nestes dois indicadores, seríamos levados a afirmar que estão presentes os cinco níveis propostos na classificação de Graffar (ver Anexo 2), sobressaindo uma maior dominância do nível médio-superior e superior, tal como aliás, já se tinha registado no primeiro estudo.

2.2.2 Instrumentos

Para a construção de um instrumento de validação operacionalizámos a questão da viabilidade da narrativa e, mais especificamente da sua correspondência (Riessman, 1993), em termos de identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo construída.

O instrumento consiste num breve questionário elaborado para o efeito, com vista a quantificar a identificação dos sujeitos à narrativa protótipo. Assim, é solicitado a cada sujeito que, após a leitura da história apresentada, avalie o grau de relação dessa narrativa com a da sua própria vida, através de uma escala Likert de cinco pontos, correspondentes aos seguintes valores:

- 1 – nenhuma relação com a minha vida
- 2 – alguma relação com a minha vida
- 3 – tem relação com a minha vida
- 4 – muita relação com a minha vida
- 5 – total relação com a minha vida

Este questionário tem como cabeçalho uma pequena ficha para o sujeitos preencher com os dados de identificação, considerados centrais na descrição da amostra e constituição de grupos emparelhados. Os dados demográficos recolhidos englobam a idade, o sexo, a profissão e as habilitações, tendo sido os mesmo para ambos os grupos. Entretanto, o questionário destinado aos sujeitos com agorafobia acrescenta ainda o pedido de informação relativo ao número de anos de desenvolvimento da perturbação, o tempo de tratamento e o número de internamentos, a fim de confirmar a diversidade pretendida a este nível. O instrumento utilizado e que designámos por *Questionário de Avaliação da Narrativa Protótipo da Agorafobia*, com as versões feminina e masculina do texto da narrativa protótipo e os dois tipos de ficha, respectivamente para o grupo experimental e o grupo controlo, encontra-se disponível para consulta no Anexo 17.

2.2.3 Procedimentos

2.2.3.1 Recolha de dados

A aplicação do questionário anteriormente apresentado realizou-se individualmente, no contexto de um breve encontro planeado para o efeito, após a apresentação do estudo e o pedido de colaboração, concretizado através de um contacto telefónico. Em termos do procedimento, começava por ser entregue ao sujeitos um exemplar da narrativa protótipo, escrita no feminino ou no masculino, de acordo com o respectivo sexo e sem título, de modo a evitar sugestões. Era proposto ao sujeito ler o texto para si ou em voz alta e o investigador acompanhava a leitura pelo seu exemplar. Quando o sujeito pedia para lhe ser lido o texto ou o investigador considerava que deveria propor tal alternativa, fazia a leitura procurando manter um ritmo constante e sem entoações enfáticas, susceptíveis de se tornar sugestivas de reacções específicas. Depois de terminada a leitura, era entregue o questionário, que era lido em voz alta, sublinhando que o objectivo da identificação incidia sobre o personagem no conjunto das suas reacções e não tanto no acontecimento

a que a história se refere da pessoa ir embora sozinha deixando a outra no hospital ou noutros elementos isolados do texto.

Após a resposta do sujeito, era-lhe solicitado que explicitasse os aspectos que justificavam a sua escolha, explorando as razões pelas quais não tinha pontuado nem mais nem menos. Tratava-se assim, de uma espécie de reflexão falada, a qual muitas das vezes ocorria espontaneamente e que proporcionava compreender a forma como os sujeitos interpretavam a narrativa e o pedido que lhes tinha sido apresentado. Nos sujeitos do grupo de controlo este momento de divagação sobre a narrativa era também aproveitado para aprofundar histórias da sua vida com que iam estabelecendo relação, de modo a melhor despistar a existência de situações que nos fizessem suspeitar de alguma perturbação emocional, não alegada no início.

A administração do questionário a sujeitos com agorafobia, em muitos dos casos, foi realizada pelos respectivos psicoterapeutas. Nas restantes situações, foi assegurada pela autora, ocorrendo nas instalações do clínico responsável pela caso ou num espaço com características semelhantes disponibilizado especificamente para a investigação ou, ainda, em casa dos próprios sujeitos, quando estes assim o preferiam. A aplicação do questionário aos sujeitos da amostra controlo foi efectuada pela autora, em local e data definidos em função das conveniências de cada um dos sujeitos que se disponibilizou para o efeito, tendo sido bastante diversas as soluções encontradas, embora tendo sido sempre assegurado o ambiente de calma e privacidade necessário.

2.2.3.2 Análise dos dados

Para a determinação da validade convergente utilizámos o teste não-paramétrico para duas amostras independentes de Mann-Whitney (Green & D'Oliveira, 1991), que nos permitiu comparar as ordens médias de identificação com a narrativa protótipo, por parte dos sujeitos com agorafobia (grupo controlo) e dos sujeitos considerados sem perturbação emocional (grupo controlo) e o programa SPSS (versão 10.0 para PC) para a respectiva computação.

2.3 Resultados

Com a determinação da validade convergente procuramos, portanto, averiguar a existência de uma diferença significativa entre o grupo controlo e o grupo experimental, quanto ao grau de identificação com a narrativa protótipo que lhes foi apresentada. Recapitulando, a nossa hipótese é de que os sujeitos com agorafobia irão apresentar uma maior frequência de respostas indicativas de forte relação da narrativa protótipo com a sua vida do que os sujeitos sem agorafobia. Ou, por outras palavras, que no grupo controlo talvez se encontre em média um grau de identificação mais baixo do que no grupo experimental.

Os resultados relativos ao grau de relação da narrativa protótipo com a própria vida, atribuídos por cada um dos sujeitos do grupo experimental e do grupo controlo figuram no Quadro 7 apresentado.

Quadro 7
Distribuição dos Resultados da Validação no Grupo Experimental (sujeitos com agorafobia) e no Grupo Controle (sujeitos sem perturbações emocionais), por sujeito.

| SUJEITOS | GRUPO EXPERIMENTAL (Grau de Relação) | GRUPO CONTROLO (Grau de Relação) |
|----------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 4 | 1 |
| 2 | 4 | 3 |
| 3 | 2 | 3 |
| 4 | 4 | 4 |
| 5 | 4 | 2 |
| 6 | 3 | 2 |
| 7 | 4 | 2 |
| 8 | 4 | 1 |
| 9 | 4 | 3 |
| 10 | 5 | 4 |
| 11 | 5 | 3 |
| 12 | 5 | 2 |
| 13 | 5 | 3 |
| 14 | 5 | 1 |
| 15 | 5 | 3 |
| 16 | 3 | 2 |
| 17 | 4 | 2 |
| 18 | 4 | 3 |
| 19 | 3 | 1 |
| 20 | 4 | 2 |
| 21 | 4 | 1 |
| 22 | 2 | 2 |
| 23 | 4 | 2 |
| 24 | 4 | 2 |
| 25 | 4 | 2 |
| 26 | 3 | 3 |
| 27 | 4 | 3 |
| 28 | 3 | 1 |
| 29 | 5 | 2 |
| 30 | 3 | 3 |
| 31 | 4 | 2 |
| 32 | 4 | 3 |
| 33 | 4 | 2 |
| 34 | 4 | 2 |
| 35 | 3 | 2 |
| 36 | 3 | 2 |
| 37 | 4 | 2 |

No Quadro 8 que se segue é possível analisar a distribuição das frequências respostas obtidas no grupo de sujeitos com agorafobia e no grupo de sujeitos sem perturbação emocional.

Quadro 8

Distribuição da amostra por Grau de Relação com a narrativa protótipo e Medidas Descritivas respectivas.

| SUJEITOS | GRUPO EXPERIMENTAL <i>n</i> (%) | GRUPO CONTROLO <i>n</i> (%) |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 1 – nenhuma relação | 0 (0.0) | 6 (16.2) |
| 2 – alguma relação | 2 (5.4) | 18 (48.7) |
| 3 – tem relação | 8 (21.6) | 11 (29.7) |
| 4 – muita relação | 20 (54.1) | 2 (5.4) |
| 5 – total relação | 7 (18.9) | 0 (0.0) |
| Total | 37 (100) | 37 (100) |
| Mediana | 4 | 2 |
| P 25 | 3 | 2 |
| P75 | 4 | 3 |

A leitura do quadro salienta uma superioridade na mediana de identificação com a narrativa protótipo por parte dos sujeitos com agorafobia (4) em relação ao valor da mediana na identificação dos sujeitos sem perturbação emocional (2). Observa-se também que a maioria dos sujeitos do grupo experimental (diagnosticados com agorafobia) seleccionou a resposta “muita relação”, enquanto que a maioria dos sujeitos do grupo controlo (sem agorafobia) escolheu a resposta “alguma relação”. Assim, no grupo experimental situam-se cerca de 27 (73%) de respostas nas duas categorias de grau superior, e no grupo controlo encontram-se cerca de 24 (65%) nas duas categorias de graus menores. É também de realçar que no primeiro não há nenhuma negação de relação, assim como no grupo controlo não há nenhuma resposta de total relação.

No sentido de verificar se a diferença entre as ordens médias de identificação de cada um dos grupos era significativa do ponto de vista estatístico, aplicámos o teste não-paramétrico Mann-Whitney para duas amostras independentes. Os resultados obtidos podem ser observados no Quadro 9 a seguir exposto.

Quadro 9

Diferença entre o Grupo Experimental (sujeitos com agorafobia) e o Grupo Controlo (sujeitos sem perturbações emocionais) quanto à ordem média de identificação com a narrativa protótipo.

| | GRUPO EXPERIMENTAL | GRUPO CONTROLO | Z |
|----------------------------------|--------------------|----------------|-----------|
| Ordem Média (Grau de Relação) | 52.65 | 22.35 | - 6.26*** |

*** $p < .001$

A análise do quadro explicita que o teste não paramétrico de Mann-Whitney revelou existir uma diferença estatística altamente significativa entre o grupo experimental e o grupo controlo ao nível do grau de identificação. Esta diferença, tal como se pode observar pela ordem média, estabelece-se no sentido de uma superioridade do grupo experimental na identificação com a narrativa protótipo da agorafobia.

3.4. Discussão

Através da metodologia utilizada neste estudo, procurámos assegurar que a teoria construída, a partir da análise das entrevistas com os sujeitos com agorafobia, constituía uma narrativa protótipo para este grupo de sujeitos. Optamos, neste sentido, por recorrer à forma de validação da correspondência (Riessman, 1995) que implicou, devolver a narrativa ao mesmo tipo de população em que os dados tinham sido recolhidos e quantificar em que medida os sujeitos se revêm nela. Recorremos ainda, a contrastar esta identificação com a recebida por parte de sujeitos de outra população, concretamente sem perturbações emocionais, a qual supúnhamos que iria ser inferior à indicada pelos sujeitos com agorafobia.

Podemos então dizer que a nossa hipótese foi confirmada, uma vez que os sujeitos com agorafobia indicaram uma relação entre a narrativa protótipo e a sua vida significativamente uma maior do que os sujeitos sem agorafobia. Especificamente, verificámos que em sujeitos com agorafobia nunca surge a resposta de “nenhuma relação” e chega a existir uma “total relação” com a narrativa protótipo, o que nunca sucede com os sujeitos sem perturbações emocionais.

Entretanto, gostaríamos de comentar alguns aspectos relativamente às respostas de valor intermédio, que se evidenciaram

nas situações de administração. A resposta “tem relação” em vários sujeitos sem agorafobia, parece ter resultado de um viés de desejabilidade social, em que as pessoas tendo sido contactados apenas para a resposta ao questionário e não sabendo que a narrativa se referia a sujeitos com perturbações emocionais, faziam alguma “cerimónia” de dizer que não tinha nada a ver com eles, inclinando-se para um valor intermédio. Paralelamente, no grupo de sujeitos com agorafobia que responderam “alguma relação”, sentimos que as pessoas evitavam envolver-se com a narrativa no seu todo, fixando-se e sobrevalorizando um elemento com o qual não se identificavam. Note-se que os vários clínicos que colaboraram no processo, revelaram ter considerado a narrativa interessante e adequada para aquela população. A diversidade de reacções individuais na forma de lidar com tarefas deste tipo é já esperada e não é muito relevante se tivermos em conta que, nestes casos, se trata de valorizar os resultados no seu conjunto, isto é, os resultados globais da amostra.

Assim, o cálculo da validade convergente do texto da narrativa protótipo, a partir de duas amostras contrastantes, de trinta e sete sujeitos cada uma, forneceu uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Como já afirmámos a diferença é no sentido de uma maior identificação com a narrativa por parte dos sujeitos com agorafobia, do que do grupo de sujeitos sem agorafobia. Centrando-nos na suposição inicial de que na psicopatologia a multiplicidade narrativa é substituída por temáticas convulsivamente repetitivas, assumindo o papel de protótipos nucleares, a partir dos quais as experiências são significadas, categorizadas e intencionalizadas. Isto sugere, portanto, que se pode advogar em favor da existência de uma narrativa protótipo dos sujeitos com agorafobia, o que atribui alguma evidência à natureza específica da organização da narrativa ao nível do seu conteúdo, nesta perturbação, bem como à possibilidade de identificar esta especificidade em narrativas protótipo. Estas narrativas, tal como sugerem Connely e Clandinin (1990) oferecem um sentido de totalidade, despertando nos leitores uma conexão com o particular das suas próprias vivências.

Finalmente, face aos resultados obtidos nesta primeira fase do

processo de validação, parece poder afirmar-se a viabilidade de uma narrativa protótipo nos sujeitos com agorafobia. Fica, no entanto, em aberto a possibilidade da diferença de graus de identificação entre os sujeitos com e sem agorafobia, ser apenas atribuível à existência de perturbação. Por outras palavras, existe a hipótese de que a narrativa apresentada tenha funcionado como um protótipo da psicopatologia, face ao qual os sujeitos com agorafobia se identificam, independentemente de uma proximidade específica com a respectiva perturbação.

Com efeito, consideramos a necessidade de desenvolver um estudo de validação divergente, que permitisse comparar a identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo por nós construída, com a identificação atribuída a narrativas protótipo correspondentes a outras perturbações. Neste contexto, emerge o terceiro estudo junto de sujeitos com agorafobia, o qual incide na identificação destes sujeitos com cinco narrativas protótipo distintas e que a seguir passaremos a apresentar.

3. Terceiro Estudo:

Validação divergente da narrativa protótipo junto de sujeitos com agorafobia

3.1 Introdução

Atendendo a que os resultados obtidos na validação convergente vêm, claramente, reforçar a hipótese da narrativa construída constituir um protótipo dos sujeitos com agorafobia, interessa agora averiguar de que modo resiste à validação divergente (Howard et al., 1992). Iniciamos então o ciclo de estudos de avaliação da validade divergente, em que já não se trata de fazer um juízo em absoluto quanto ao grau de identificação de uma pessoa com a narrativa, mas antes de comparar o grau de identificação do sujeito com cinco narrativas associadas a perturbações emocionais distintas.

Este estudo, em particular, tem como objectivo específico verificar se os sujeitos com agorafobia se identificam significativamente mais com a narrativa protótipo da agorafobia do que com as narrativas protótipos construídas para as outras quatro psicopatologias: a depressão, o alcoolismo, a toxicodependência e a anorexia. A nossa hipótese é de que os sujeitos com agorafobia se irão identificar significativamente mais com a narrativa protótipo da agorafobia do que com qualquer das outras narrativas protótipo.

Definimos ainda como objectivo, explorar aspectos da história dos sujeitos, passíveis de estarem associados a uma diferença de intensidade na identificação com a narrativa da agorafobia.

Nomeadamente, colocamos a hipótese de vir a encontrar no âmbito da perturbação psicopatológica em estudo, subgrupos de identificação com a narrativa agorafóbica, cujas características gostaríamos de conhecer. Neste sentido, aprofundamos a descrição da amostra em três domínios distintos: (1) características demográficas; (2) aspectos específicos do diagnóstico e da história da evolução da perturbação e (3) numa perspectiva diacrónica, aspectos do funcionamento do sujeito no passado, particularmente da relação de vinculação com a mãe e o pai, no intuito de despistar perfis desenvolvimentais. Em cada um destes domínios colocámos algumas hipóteses específicas a explorar quanto à diferenciação de sub-grupos de sujeitos, em função das quais seleccionámos a informação a recolher, tal como será posteriormente apresentado a propósito dos instrumentos.

Finalmente, estipulámos, como terceiro objectivo, proceder a um estudo exploratório do poder preditivo de algumas das variáveis descritivas da amostra. Por outras palavras, analisar em que medida emergiam entre elas, variáveis que se pudessem considerar explicativas dos resultados da identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da agorafobia.

3.2 Método

3.2.1 Amostra

Tendo em conta a nossa experiência no primeiro estudo quanto à dificuldade de conseguir, em tempo útil, uma amostra clínica com parâmetros demográficos previamente definidos, bem como a artificialidade que tal opção poderia representar relativamente às características dos sujeitos que numa dada época recorrem aos clínicos, optamos, tal como no segundo estudo, por definir como critério de selecção da amostra, apenas o diagnóstico clínico. Para a sua atribuição, foi utilizada como referência a classificação diagnóstica do DSM IV (APA, 1994/1996) e admitidos, de acordo com sua terminologia, os sujeitos com perturbação de pânico com agorafobia, bem como sujeitos com agorafobia sem história de perturbação de pânico. Uma vez que os critérios de diagnóstico de cada uma destas perturbações são equivalentes aos indicados na versão anterior do DSM (APA, 1987/1989), sugerimos para consulta o Anexo 1.

Tal como nos estudos anteriores, foram os psicoterapeutas que acompanham estas pessoas que asseguraram o seu diagnóstico e nos referenciaram os casos, tendo sido voluntária a sua participação.

Constituíram a amostra deste estudo de validação divergente 40 sujeitos, sendo 21 do sexo feminino e 19 do sexo masculino e com idades

compreendidas entre os 17 e os 58 anos. Os restantes dados de descrição da amostra serão detalhadamente apresentados nos resultados, após a descrição dos instrumentos que permitirá enquadrar a sua recolha.

3.2.2. Instrumentos

Tendo em consideração que os objectivos deste estudo integram, para além da determinação da validade divergente, a possibilidade de estudar padrões de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, em função de diversos aspectos da vida dos sujeitos, foram necessários instrumentos para recolher informação a estes dois níveis. Neste sentido, preparámos um conjunto alargado de instrumentos, em que cinco servem uma caracterização detalhada da amostra e dois são destinados à validação divergente, os quais passaremos a listar, de modo a fornecer uma apreensão global do material:

- (1) Questionário de Dados Demográficos;
- (2) Questionário sobre Aspectos Referentes ao Graffar;
- (3) Questionário de Diagnóstico Clínico, com informação detalhada sobre o diagnóstico do sujeito, a ser preenchida pelo respectivo clínico.
- (4) Entrevista da História da Perturbação;
- (5) Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia (PAMaDeP), composto por quatro questionários de auto-relato sobre a relação com a mãe e com o pai na infância e aspectos do funcionamento do sujeitos quando era pequeno e em adulto antes de ter o problema;
- (6) Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo, destinado à validação divergente, através de uma "escolha forçada" na ordenação das identificações com as narrativas;
- (7) Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo, também para a validação divergente, com base na cotação do grau de relação com cada narrativa;

A seguir, iremos proceder à apresentação detalhada de cada um

destes sete instrumentos, seguindo a ordem pela qual os listamos e correspondente aos dois temas referidos, começando assim pelos que dizem respeito à descrição da amostra e destacando em seguida os relatos à validação, questão que constitui o objecto central deste estudo.

3.2.2.1 *Questionário de Dados Demográficos*

Corresponde a uma ficha de preenchimento breve, com informação relativa ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional, no que se refere ao sujeito encontrar-se "activo" no exercício da profissão, "com baixa", reformado ou desempregado. O questionário é encabeçado por uma declaração escrita de consentimento da participação no estudo, a ser assinada pelo sujeito e o investigador (ver Anexo 18)

3.2.2.2 *Questionário sobre Aspectos Referentes ao Graffar*

Este questionário a preencher pelo próprio sujeito, destina-se a completar a informação relativa ao Graffar, de modo a permitir o cálculo do nível sócio-económico de acordo com esta classificação. Trata-se do instrumento já utilizado no primeiro estudo e que pode ser consultado no Anexo 2.

3.2.2.3 *Questionário de Diagnóstico Clínico*

O objectivo deste instrumento é clarificar o diagnóstico completo do sujeito (diagnóstico principal e, eventualmente, secundário), bem como saber a fase de terapia em que se encontra. Para este efeito, preparámos um breve questionário a ser preenchido pelo clínico responsável pelo caso, aquando da indicação do sujeito.

O questionário começa por abordar alguns aspectos destinados a enquadrar com clareza a situação específica do sujeito em causa e facilitar

a comunicação no triângulo terapeuta, investigador, sujeito, como o nome do paciente, o local de atendimento e questões de identificação do clínico. A seguir, encontra-se um conjunto de questões destinadas a uma descrição minuciosa da situação psicopatológica do sujeito e termina a solicitar ao clínico que situe o processo de intervenção em curso, com o respectivo paciente, numa de três fases: inicial, intermédia ou final (ver Anexo 19).

3.2.2.4 Entrevista da História da Perturbação

Este instrumento consiste numa entrevista estruturada que visa abordar diversas dimensões da evolução da perturbação no sujeito. Os objectivos da sua utilização correspondem ao enriquecimento do nosso conhecimento sobre aspectos de carácter mais epidemiológico da perturbação e, essencialmente, dispor de um potencial de diferenciação de percursos intra-perturbação nos sujeitos que apresentam esta psicopatologia. Para a sua elaboração baseamo-nos essencialmente na experiência clínica e em protocolos utilizados em primeiras consultas com este tipo de pacientes.

Inicia-se com um grupo de questões acerca das datas em se desencadeou a perturbação (especificamente o pânico e a agorafobia), bem como o recurso a ajudas especializadas para o efeito, com vista a dispormos de informação relativa à longevidade do problema e das terapias, a qual poderá estar associada a sub-grupos distintos de agorafóbicos. Depois, seguem-se duas questões mais abertas centradas na exploração, por um lado de acontecimentos significativos no período anterior à emergência da perturbação e, por outro lado, de mudanças que decorreram após o seu início. Neste caso, temos como objectivo obter dados específicos quer das situações desencadeantes da perturbação, quer dos efeitos da mesma, que nos permitam comparar com os descritas como mais habituais na literatura. A seguir, pedimos ao sujeito que situe a perturbação num leque de opções de resposta quanto ao grau de interferência na sua vida e o tipo de evolução que tem tido, com o objectivo de dispormos de indicadores da gravidade da situação

de cada sujeito. Depois, exploramos a existência de perturbações psicopatológicas semelhantes, ou de outro tipo, na família, também no sentido de confrontar com referências epidemiológicas da literatura, especificamente quanto à tendência de existirem perturbações de ansiedade em familiares de primeiro grau e de analisar eventuais interferências deste aspecto nos resultados, nomeadamente no estudo seguinte com os significativos (no caso de serem familiares). Finalmente, mais ligado com o levantamento de indícios desenvolvimentais da perturbação actual, de que nos iremos ocupar no instrumento a seguir apresentado, procuramos saber se o sujeito já recorreu por outros motivos (distintos dos da perturbação agorafóbica) a apoio psicológico ou psiquiátrico. O guião completo desta entrevista encontra-se disponível no Anexo 20.

3.2.2.5 *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia (PAMaDeP)*

Com objectivo de explorar a existência de indícios psicopatológicos anteriores à perturbação da agorafobia e a possibilidade de diferenciar subgrupos quanto aos percursos desenvolvimentais dos sujeitos com uma mesma perturbação, construímos³ um questionário que apelidámos de *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia – Versão para agorafobia e depressão – PAMaDeP*, com *Versão F* e *Versão M*, respectivamente, feminina e masculina. O interesse em explorar marcadores desenvolvimentais inscreve-se no pressuposto teórico da importância das relações precoces de vinculação na organização cognitiva dos significados (Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1983), bem como nos dados empíricos que mostram uma associação (cf. Dozier, Stovall

³ No âmbito do GEV – Grupo de Estudos da Vinculação, são autores deste instrumento I. Soares, M. Rangel-Henriques, L. Neves, e A. Pinho, tendo contado com a colaboração da Prof^a. Doutora Ângela Maia e do Prof. Doutor Leandro de Almeida.

& Albus, 1999; Greenberg, 1999) entre perturbações psicopatológicas da idade adulta e determinadas perturbações ou sintomas durante a infância e adolescência. Para abarcar este domínio, desenvolvemos um conjunto de quatro questionários com objectos de estudo específicos: dois centrados na percepção da qualidade da relação de vinculação com as figuras de vinculação primárias, discriminando por *Forma Mãe* e *Forma Pai*, respectivamente sobre a relação com a mãe e as mesmas questões sobre a relação com o pai; um terceiro sobre a percepção do funcionamento na infância e adolescência, o qual foi designado por *Quando era pequeno(a)* (até aos 15/16 anos); e, o quarto, sobre a percepção de características do sujeito antes de surgir a perturbação, com a designação *Antes de ter este problema*.

Para a construção dos itens destes questionários tivemos em consideração os conhecimentos acerca de duas perturbações psicopatológicas que foram a agorafobia e a depressão, dada a comorbilidade frequente entre ambas e a perspectiva de, no futuro, virmos a usar este instrumento em estudos sobre a depressão e, assim, poder comparar os resultados das duas amostras. Mais especificamente, na elaboração do questionário *Forma Mãe / Forma Pai* inspiramo-nos em aspectos teóricos da representação da vinculação (Soares, 1992), bem como em instrumentos já existentes para a avaliação das relações de vinculação. Entre eles destacamos o *Attachment Q-Sort* de Kobak (1993), o *Parental Bonding Instrument (PBI)* proposto por Parker, Tupling e Brown em 1979 e traduzido por Baptista em 1988 e o *Mother, Father, Peer Scale*, apresentado por Epstein em 1983 e traduzido por Lopes-dos-Santos, Silva e Sousa em 1995. Destes questionários adoptámos, particularmente, itens associados aos perfis evitantes, ansiosos, de sobreprotecção e de inversão de papeis, enquanto dimensões que vários autores (Guidano, 1987, 1992; Liotti, 1986; Sassaroli & Lorenzini, 1990, 1992) sugerem estar subjacentes ora à organização fóbica, ora à organização depressiva. Para a concepção dos questionários *Quando era pequeno(a)* e *Antes de ter este problema* recorreremos às descrições do DSM-IV (APA, 1994/1996) à nossa experiência clínica e às descrições de modelos cognitivo-

construtivistas e narrativos sobre essas organizações de significado (Guidano, 1987, 1992; Guidano & Liotti, 1983; Lorenzini & Sassaroli, 1987; Sassaroli & Lorenzini, 1992; Gonçalves et al., 1992; Maia, 1998).

Todos estes questionários são constituídos exclusivamente por questões fechadas com respostas de acordo, numa escala tipo Likert de quatro pontos, em que: 1 corresponde a *discordo totalmente*; 2 a *discordo*; 3 a *concordo*; 4 a *concordo totalmente*. Nesta escala foi evitado o ponto médio por considerarmos tratar-se de temas susceptíveis de todas as pessoas se identificarem em alguma medida, tornando-se necessário extremar opções para diferenciar os casos em que o item assume um significado relevante. Contudo, não foram utilizadas escalas dicotômicas, uma vez que estas limitariam as análises estatísticas a realizar, bem como a discriminação de gradações nas informações dos sujeitos, uniformizando excessivamente as respostas.

Após a formulação dos itens dos vários questionários e a definição das escalas e do formato dos questionários, de acordo com a consulta de especialistas na área, realizámos um estudo preliminar junto de um grupo de doze adultos, que conduziu a alguns ajustamentos no texto dos itens, de forma a facilitar a sua compreensão.

Cada questionário é composto por um conjunto de subescalas criadas teoricamente e de forma a que quanto maior o resultado da soma dos itens, maior a dimensão analisada. Salientamos que nenhum dos questionários foi submetido a análise factorial, dado o número reduzido de sujeitos deste estudo, para esse efeito (40), encontrando-se ainda em curso o estudo do instrumento junto de uma amostra não clínica da população. No entanto, tivemos o cuidado de analisar a consistência interna das subescalas, através do Alpha de Cronbach, cujos valores se encontram indicados à frente de cada subescala, no Quadro 10 a seguir apresentado, encontrando-se o conjunto dos itens no Anexo 21.

Quadro 10

Análise da Consistência Interna do PAMaDeP e das Subescalas que o compõem.

| Questionários e subescalas | nº total itens | nº dos itens que compõem cada factor | Valor do alpha | nº itens isolados |
|-----------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|
| Forma Mãe | 37 | - | 0.5674 | - |
| Aceitação-Afecto / Mãe | 9 | 1; 7; 11; 14; 16; 22; 25; 30; 34 | 0.8612 | - |
| Rejeição e Abandono / Mãe | 17 | 3; 4; 6; 9; 10; 12; 15; 18; 19; 20; 23; 26; 27; 31; 32; 35; 37 | 0.8308 | - |
| Sobreprotecção / Mãe | 11 | 2; 5; 8; 13; 17; 21; 24; 28; 29; 33; 36 | 0.8162 | - |
| Forma Pai | 37 | - | 0.4805 | - |
| Aceitação-Afecto / Pai | 9 | 1; 7; 11; 14; 16; 22; 25; 30; 34 | 0.7948 | - |
| Rejeição e Abandono / Pai | 17 | 3; 4; 6; 9; 10; 12; 15; 18; 19; 20; 23; 26; 27; 31; 32; 35; 37 | 0.7682 | - |
| Sobreprotecção / Pai | 11 | 2; 5; 8; 13; 17; 21; 24; 28; 29; 33; 36 | 0.8399 | - |
| Quando era pequeno(a) | 25 | - | 0.7248 | - |
| Dependência | 7 | 1; 9; 11; 13; 15; 16; 21 | 0.6813 | - |
| Rejeição-Hiper-responsabilidade | 7 | 2; 7; 10; 12; 17; 18*; 23 | 0.6857 | - |
| Abandono -Isolamento | 7 | 3; 5; 6; 19; 20; 22; 24 | 0.7235 | - |
| Sinalização Perda Pais | 2 | - | - | 8; 14** |
| Sinalização Doença Pais | 1 | - | - | 4** |
| Sinalização Ausência Pais | 1 | - | - | 25** |
| Antes de ter este problema | 24 | - | 0.8532 | - |
| Factor Dependente | 7 | 1; 5; 9; 13; 17; 19; 21 | 0.7929 | - |
| Factor Evitante | 10 | 2; 4; 6; 7; 11; 14; 16; 18; 20; 22 | 0.7571 | - |
| Factor Hipervigilante | 6 | 3; 8; 12; 15; 23; 24 | 0.5609 | - |
| Sinalização Obsessão | 1 | - | - | 10 |

* Os itens com "t" após o número correspondem aos itens invertidos.
** Estes itens constituem um grupo de experiência factuais, correspondendo a uma resposta dicotómica tipo "sim / não" e face ao qual não tem sentido discutir a consistência interna.

Os valores de alfa obtidos são, no nosso entender, bastante satisfatórios, se tivermos em conta que o instrumento foi construído para esta investigação, sendo a primeira vez que está a ser analisada a consistência interna das escalas.

Os questionários foram montados balanceando-se a ordem da sua apresentação: a *Forma Mãe* e a *Forma Pai* foram considerados um mesmo questionário, embora alternando de ordem entre si, existindo um total de doze arranjos diferentes na sequência dos questionários, para cada uma das versões feminina e masculina. Após os questionários montados, a sua distribuição pelos sujeitos foi aleatória.

Introdução aos instrumentos para avaliação da validade divergente (4.2.2.6 e 4.2.2.7)

Com base no questionário construído para a validação convergente e adoptando o instrumento usado numa investigação congénere com sujeitos com depressão (Maia, 1998), preparámos uma escala de Likert de cinco pontos para avaliação do grau de relação de cada uma das cinco narrativas protótipo com a vida do sujeito (em que 1 corresponde a *nenhuma relação com a minha vida* e 5 a *total relação com a minha vida*).

Com o objectivo de testar este questionário e obter uma primeira ideia da eficácia desta metodologia para a validação divergente junto de sujeitos com agorafobia, realizámos um estudo piloto. Neste estudo envolvemos 12 sujeitos com o diagnóstico clínico de agorafobia com ou sem história de pânico, recrutados na consulta de um Hospital Psiquiátrico. Desta experiência sobressaiu a tendência dos sujeitos para atribuir o mesmo grau de relação com as diversas narrativas, polarizando-se numa elevada identificação com todas elas ou em pouca relação com qualquer delas (ver Anexo 22). Estes resultados não pareciam alheios à atitude dos sujeitos durante a realização do questionário, em que era notória a rapidez e precipitação, sugerindo ânsia de terminar a tarefa.

Associámos esta forma de envolvimento superficial na actividade, que parecia contrastar com a descrita acerca dos sujeitos com depressão (Maia, 1998), ao funcionamento evitante conhecido nas pessoas com agorafobia, o que dificultaria a sua adesão a este instrumento.

Assim, e embora os resultados não pudessem ser conclusivos, sentimos a necessidade de encontrar uma metodologia que escapasse aos efeitos de um envolvimento demasiado superficial na tarefa, como o de impedir uma análise discriminativa. Surgiu então a hipótese de utilizar uma situação de "escolha forçada", em que seria pedido às pessoas para através de uma avaliação comparativa do grau de relação com cada uma das cinco narrativas, ordenassem a sua identificação com elas, não admitindo que mais do que uma narrativa obtivesse o mesmo lugar nessa hierarquia. Pensámos que desta forma se iria suscitar que os sujeitos se

detivessem por mais tempo e de modo mais aprofundado em cada uma das narrativas, assumindo um grau diferenciado de identificação com cada uma. No entanto, esta opção tinha como desvantagem desvirtuar a espontaneidade da discriminação, pois esta passava a ser inerente à própria metodologia (embora não se impondo, obviamente, a direcção da discriminação). Um modo de atenuar os efeitos de esta limitação seria usar os dois instrumentos fazendo o preenchimento do questionário seguir-se à situação de *escolha forçada* e, assim, usufruir da análise mais aprofundada das narrativas que a actividade anterior tinha solicitado. Dado também que, do ponto de vista metodológico, qualquer um destes instrumentos carecia de estudo que nos fornecesse pistas para uma opção devidamente fundamentada por um deles e já que nos encontramos no contexto de estudos exploratórios quanto às suas hipóteses e inovadores quanto às metodologias, decidimos utilizar os dois processos.

Em síntese, para a avaliação que os sujeitos faziam da sua relação de identidade com as narrativas protótipo optámos então por explorar duas metodologias distintas: uma primeira de avaliação “relativa” da identificação com cada uma das narrativas em relação às outras, ordenando-as de acordo com o grau de relação, através de uma “escolha forçada”; e, uma segunda, de avaliação do grau de relação com cada narrativa, “em absoluto”, sem a preocupação comparativa. Com efeito, construímos dois instrumentos independentes para solicitar aos sujeitos a avaliação da identificação com as cinco narrativas, cujas características e modo de aplicação passamos a apresentar a seguir.

3.2.2.6 *Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo*

Este instrumento destina-se a solicitar uma avaliação comparativa da identificação com cada uma das narrativas protótipo. A tarefa do sujeito consiste em ordenar as identificações, através de uma hierarquia em que deverá colocar no primeiro lugar a narrativa com que mais se identifica e

em último a narrativa que menos tem a ver com o seu funcionamento. Para isso, o sujeito dispõe do seguinte material: um cartão grande com cinco rectângulos desenhados, tendo cada um no centro a inscrição do número 1, 2, 3, 4 ou 5 e encontrando-se dispostos, respectivamente, de cima para baixo, para se ir colocando as narrativas na sequência de identificação atribuída; cinco cartões plastificados cada um com uma das narrativas, existindo um grupo com o texto na versão feminina e outro na versão masculina, de modo a catalisar a respectiva identificação e um cartão com as instruções. Através de um processo de escolha forçada, todos os espaços do cartão terão que ser ocupados, não se podendo colocar mais do que uma narrativa com o mesmo grau de identificação. A ordem de apresentação dos cartões foi balanceada (entre todas as combinações possíveis, 120 arranjos), variando em todos os sujeitos, de acordo com a sequência atribuída no questionário de avaliação do grau de identificação que lhe iria corresponder.

Este material é acompanhado de uma folha de registo das respostas, composta por um quadro com os lugares indicados em coluna com uma linha em branco à frente, para indicar a narrativa colocada no respectivo lugar, através do registo da primeira linha de texto, evitando assim colocar nos cartões qualquer tipo de código que pudesse interferir na tarefa dos sujeitos (ver Anexo 23).

3.2.2.7 *Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo*

O segundo instrumento preparado para registar o grau de relação da narrativa com a vida do sujeito, tem a forma de um questionário com cinco páginas, respectivamente, uma para cada narrativa. Na montagem destes questionários, a ordem pela qual as narrativas eram apresentadas foi balanceada, assegurando-nos que existiam todas as combinações possíveis (120 arranjos para cada uma das versões, feminina e masculina) e retirando aleatoriamente a sua distribuição pelos sujeitos.

No final de cada página encontra-se uma escala de Likert com os seguintes valores: 1 – nenhuma relação com a minha vida; 2 – alguma relação com a minha vida; 3 – tem relação com a minha vida; 4 – muita relação com a minha vida; 5 – total relação com a minha vida.

Faz ainda parte do material um cartão entregue com as instruções, em que é sublinhada a possibilidade do sujeito atribuir o mesmo grau de identificação a mais do que uma das narrativas (ver Anexo 24).

3.2.3 Procedimento

3.2.3.1 Recolha dos Dados

Solicitada a colaboração a psicólogos e psiquiatras de várias regiões do país, estes seleccionavam os casos que cumpriam na sua avaliação o diagnóstico clínico requerido. Contactavam as referidas pessoas e, no caso de estas se mostrarem receptivas à ideia de participar numa investigação, referenciavam-nos a situação com a respectiva ficha de diagnóstico preenchida. A recolha dos dados foi assegurada por duas investigadoras (a autora e outra psicóloga que recebeu formação específica para o efeito), a fim de garantir um procedimento mais fidedigno. A distribuição dos sujeitos pelas duas investigadoras foi equitativa e efectuada ao acaso.

Em geral, cada sujeito era contactado telefonicamente pela investigadora que lhe iria aplicar os questionários, a fim de lhe ser apresentado o estudo, confirmar a sua disponibilidade para participar e marcar o local e a data da “entrevista” (optamos por esta designação para apelidar de um modo global o encontro em que se iriam aplicar os vários instrumentos, considerando ser uma expressão que veiculava o carácter não clínico e esporádico da situação).

No momento da entrevista individual com cada sujeito, começávamos por solicitar o consentimento escrito de colaboração no estudo e, depois, íamos apresentando os instrumentos de acordo com a seguinte sequência: (1º) preenchimento dos dados de identificação e do questionário referente ao Graffar, em geral pelo próprio sujeito ou, quando

de um nível escolar mais baixo e/ou assim mostrava preferir, por parte da investigadora; (2º) a investigadora apresentava o questionário de hierarquização das narrativas protótipo, lia as respectivas instruções e propunha-se ler as narrativas em voz alta, enquanto o sujeito ia acompanhando pelo cartão, o que foi na maioria dos casos aceite, mesmo quando o nível de literacia o dispensaria, alegando as pessoas a que assim se concentrariam melhor; (3º) apresentação do questionário para avaliação das narrativas protótipo, referindo-se que a sequência das narrativas era a mesma que fora seguida na apresentação anterior. Também aqui o participante escolhia se preferia ler sozinho as narrativas ou que lhe fossem lidas, nem sempre manifestando a mesma opção que no questionário anterior; (4º) a seguir, a investigadora realizava a entrevista directiva sobre a história do problema e ia registando por escrito as respostas, embora nas questões sobre o grau de interferência do problema na vida actual e a escolha das quatro alternativas relativas à evolução do problema fosse, em geral, solicitado ao sujeito que visse o leque de respostas e indicasse a que melhor se adequava; (5º) por fim, apresentava-se o *PAMaDeP*, esclarecendo os sujeitos de que os quatro questionários dispunham da mesma escala de resposta e que a investigadora estaria disponível para esclarecer qualquer dúvida que surgisse durante o preenchimento ou para ajudar na leitura dos itens, o que apenas raramente foi necessário.

Um aspecto crucial a assegurar neste procedimento era a apresentação dos instrumentos de validação da identificação antes dos restantes, de modo a garantir que todos os participantes eram confrontados com as narrativas protótipo, antes da exploração da história do problema e das suas vivências passadas, para que as memórias que fossem activadas não interferissem no que pretendíamos ser um julgamento baseado no funcionamento em geral e não em acontecimentos específicos. Esta opção teve ainda em consideração, o procedimento seguido em estudos similares, como o da depressão (Maia, 1998), pretendendo-se atribuir uma certa continuidade às metodologias e favorecer a consistência e comparabilidade de resultados neste domínio

da investigação.

3.2.3.2 Análise dos Dados

Dada a natureza das variáveis em estudo – classificação de 1 a 5 na identificação com as cinco narrativas - optámos pela utilização de análises estatísticas não-paramétricas.

Começámos por realizar análises descritivas das variáveis de identificação, do diagnóstico, da história da perturbação e dos marcadores do desenvolvimento na psicopatologia.

A seguir, passámos ao cálculo da validação divergente da narrativa protótipo da agorafobia, aspecto central neste estudo. Para esse efeito, utilizámos o teste não-paramétrico para três ou mais amostras relacionadas de Friedman para comparação das ordens médias de identificação com as diversas narrativas, seguido da fórmula de Comparações múltiplas (Silva, 1994), destinada a localizar as diferenças significativas. Este procedimento foi aplicado tanto para os *resultados de ordenação* das identificações como para os *resultados do grau* de identificação.

Realizámos também algumas análises de correlação entre variáveis, nomeadamente entre os resultados dos dois procedimentos usados para a validação divergente.

Finalmente, foram realizadas análises de regressão múltipla, assumindo como variável dependente a ordem atribuída à narrativa da agorafobia e como independentes variáveis demográficas, de diagnóstico e marcadores do desenvolvimento na psicopatologia.

3.3 Resultados

A informação disponível acerca desta amostra de sujeitos com agorafobia é vasta e as análises desenvolvidas bastante diversas, pelo que iremos organizar a apresentação dos resultados em três grandes blocos:

- (1) Resultados descritivos da amostra, a nível de:
 - a) Aspectos demográficos
 - b) Aspectos do diagnóstico
 - c) Aspectos da história da perturbação
 - d) Marcadores do desenvolvimento na psicopatologia
- (2) Resultados da validação divergente
- (3) Resultados da análise de regressão

3.3.1 Resultados descritivos da amostra

3.3.1.1 Resultados descritivos da amostra a nível demográfico

Optámos por apresentar no âmbito dos resultados as características detalhadas de descrição da amostra, uma vez que pretendemos envolvê-las, posteriormente, na análise da validação divergente. A leitura destes resultados será efectuada com base na

distribuição das frequências por variável, encontrando-se disponível para consulta um quadro com a sua distribuição por sujeito, no Anexo 25.

Para começar a conhecer as características da amostra que participou neste estudo, sugerimos a observação da sua distribuição em função do sexo que consta do Quadro 11 a seguir apresentado.

Quadro 11
Distribuição da amostra por Sexo.

| Feminino <i>n</i> (%) | Masculino <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 21 (52.5) | 19 (47.5) | 40 (100) |

A leitura do quadro permite observar que a amostra revela uma distribuição equilibrada em torno da variável sexo, a qual não reforça a prevalência nas mulheres, indicada no DSM-IV (APA, 1994/1996).

A idade dos participantes varia entre os 17 e os 58 anos, sendo a média de 32.77 anos com um desvio padrão de 9.77 anos. Saliente-se que estas idades convergem para a indicações epidemiológicas referidas no DSM-IV (APA, 1994/1996).

Quanto ao estado civil poderá ser lida a sua distribuição no Quadro 12 abaixo apresentado.

Quadro 12
Distribuição da amostra por Estado Civil.

| Solteiro(a) <i>n</i> (%) | Casado(a) <i>n</i> (%) | Viúvo(a) <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 17 (42.5) | 22 (55.0) | 1 (2.5) | 40 (100) |

A análise do quadro permite observar que a maioria dos sujeitos são casados (22 que corresponde a 55% da amostra) e os restantes 17 (42.5%) são solteiros, existindo apenas um viúvo. O sujeito viúvo é do sexo masculino, como se pode verificar pelo cruzamento desta variável com a do sexo e onde também constatámos que a maioria dos solteiros são do sexo feminino, enquanto que a maioria dos casados são do sexo masculino. Constatámos ainda, no cruzamento do estado civil com a idade,

que o estar solteiro coincide com idades mais novas (a maioria dos que se encontram com este estatuto têm menos de 28 anos) e que o estatuto de casado surge apenas a partir dos 26 anos, estando todos os sujeitos acima dos 40 anos nesta situação.

Relativamente às habilitações literárias dos sujeitos verificámos que variam entre os 4 e os 17 anos de estudo, sendo a média de 12 anos com 4.62 de desvio padrão. A amostra revela assim, não incluir analfabetos e abranger, como nível máximo de formação, sujeitos com licenciatura. A partir da análise da distribuição desta variável, agrupamos os sujeitos em três categorias, cuja definição se inspira no sistema de ensino actual: (1) menor ou igual ao nono ano de escolaridade que corresponde ao ensino básico; (2) entre o 10º e o 12º anos de escolaridade, correspondente ao ensino secundário; (3) mais do que o 12º ano, equivalente à frequência de uma formação média ou superior. A distribuição da amostra em função destas categorias figura no Quadro 13 que a seguir apresentamos.

Quadro 13
Distribuição da amostra por Habilitações Literárias.

| ≤ 9º ano n (%) | ≥ 10º e ≤ 12º ano n (%) | > 12º ano n (%) | Total N (%) |
|-------------------|----------------------------|--------------------|----------------|
| 13 (32.5) | 12 (30.0) | 15 (37.5) | 40 (100) |

A leitura do quadro revela que a distribuição pelos níveis de habilitações, segundo as categorias definidas, é homogénea. Com efeito, o número de indivíduos em cada categoria (13, 12, 15) é equivalente.

No que diz respeito ao nível sócio-económico dos sujeitos da amostra, calculado de acordo com as cinco categorias da classificação de Graffar, a sua distribuição encontra-se no Quadro 14 que a seguir figura.

Quadro 14
Distribuição da amostra por Nível Sócio-Económico, segundo a classificação de Graffar.

| Nível 1 Superior n (%) | Nível 2 Médio-Superior n (%) | Nível 3 Médio n (%) | Nível 4 Médio-Inferior n (%) | Nível 5 Inferior n (%) | Total N (%) |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------|
| 4 (10.0) | 13 (32.5) | 11 (27.5) | 9 (22.5) | 3 (7.5) | 40 (100) |

A partir da análise do quadro constatamos que a maioria 13 (32.5%) dos sujeitos pertence ao nível médio-superior do Graffar, seguido de 11 (27.5%) no nível médio, de 9 (22.5%) no nível médio-inferior, e de muito menos nos níveis extremos, superiores e inferiores, ($n=4$, 10%, $n=3$, 7,5%, respectivamente). Note-se especificamente a dominância do nível médio-alto, tendência, naturalmente, coerente com a já observada nas habilitações, dado estas constituírem um dos parâmetros para o cálculo do Graffar.

Para terminar, em termos da situação profissional a distribuição é apresentada no Quadro 15 que se observa em seguida.

Quadro 15
Distribuição da amostra por Situação Profissional.

| “Activo” <i>n</i> (%) | “Com Baixa” <i>n</i> (%) | Desempregado(a) <i>n</i> (%) | Reformado(a) <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 29 (72.5) | 2 (5.0) | 8 (20.0) | 1 (2.5) | 40 (100) |

Pela leitura do quadro constatamos que a grande maioria 29 (72.5%) dos sujeitos estuda ou trabalha, encontrando-se 8 (20%) desempregados e 2 (5%) com baixa, por motivos associados à perturbação, tanto quanto pudemos apurar das justificações espontaneamente referidas. O cruzamento desta variável com a idade, indica que os desempregados têm entre 26 e 47 anos, com maior incidência até aos 32 anos e que a situação de reforma que se regista corresponde a uma idade de 58 anos, revelando tratar-se de um caso de invalidez por razões directamente associadas à perturbação, segundo informação do respectivo sujeito.

3.3.1.2 Resultados descritivos da amostra a nível do diagnóstico

Tal como referimos na apresentação do questionário destinado à recolha desta informação junto dos clínicos, várias das questões (como por exemplo, o sexo e a formação do terapeuta) visavam, sobretudo, enquadrar com clareza a situação em causa, pelo que não consideramos

pertinente apresentar os seus resultados. Numa breve referência ao local de atendimento dos sujeitos, constatamos que 22 (55%) dos casos são atendidos em consultório privado e os 18 (45%) restantes em instituições hospitalares públicas, tal como se pode confirmar no quadro de resultados por sujeito, apresentado no Anexo 26. Esta distribuição parece consonante com a informação de uma certa dominância do nível sócio-económico elevado nos sujeitos da amostra, embora no contexto de uma amostra equilibrada

Deste questionário interessa-nos destacar a informação que diz respeito ao diagnóstico principal, a qual se pode ler no Quadro 16 que a seguir apresentamos.

Quadro 16
Distribuição da amostra por Diagnóstico Principal.

| Pânico Com Agorafobia n (%) | Agorafobia Sem Pânico n (%) | Total N (%) |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------|
| 37 (92.5) | 3 (7.5) | 40 (100) |

De acordo com o diagnóstico principal identificado pelos clínicos, verificamos que 37 (92.5%) dos sujeitos, que representam a quase totalidade da amostra, têm perturbação de pânico com agorafobia. Este resultado enquadra-se nas indicações do DSM IV (APA, 1994/1996) de mais de 95% dos casos de agorafobia, em amostras clínicas, revelar um diagnóstico actual ou história de perturbação de pânico.

Relativamente às variáveis mais específicas das características diagnósticas, que tinham como objectivo proporcionar ao terapeuta a oportunidade de clarificar a situação sintomática do sujeito, faremos apenas uma breve alusão. Confirmamos que 3 (7.5%) dos sujeitos tem os cinco critérios previstos no diagnóstico de agorafobia sem história de perturbação de pânico. Dos restantes, com diagnóstico de perturbação de pânico com agorafobia, 26 (65%) sujeitos apresentam os sete critérios previstos e 11 (27.5%) revelam apenas seis dos critérios deste diagnóstico. Quanto aos sintomas de pânico, constatamos que, dos treze listados, sete deles são mais vezes referidos do que negados. Entre estes, os dois sintomas reconhecidos por um maior número de sujeitos (mais de 79%)

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

são as *palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado*, tal como acontece noutros estudos, e a *sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio*. A seguir, são citados por mais de 50% da amostra os sintomas de *dificuldades de respiração, suores, estremecimentos ou tremores, medo de perder o controlo ou de enlouquecer e medo de morrer*. Dada a especificidade dos resultados, optámos por fazer agora uma breve incursão pela sua discussão. De acordo com o estudo referido por Pio-Abreu, Ramalheira e Valente (1998), constatámos que os sintomas mais frequentes não correspondem a um só factor, mas parece representarem mais do que um dos componentes de sintomas associados por uma relação corporal topográfica. Assim, os mais frequentes inserem-se nos componentes que os autores (ibidem) designam de cardiorácica e cefalo-vertiginosa, depois seguem-se-lhes sintomas que se inscrevem nos componentes respiratório e de ameaça generalizada. O factor cefalo-vertiginoso aparece nesses estudo correlacionado com o medo de ficar louco, o qual é, também aqui, um dos sintomas mais frequentes. O medo de morrer não é especificamente focado naquele estudo, sendo talvez associável ao medo de ter um ataque cardíaco ou uma doença grave, o qual surge correlacionado com sintomas cardíacos, associação que se enquadra também nestes resultados. Identificamos como menos frequentes, nesta amostra, os seguintes seis sintomas: as *náuseas ou mal-estar abdominal*, a *sensação de sufoco*, o *desconforto ou dor no peito*, as *dormências ou formigueiros*, a *sensação de frio ou de calor* e a *desrealização ou despersonalização*. Sobressai como menos frequente, para além de alguns sintomas passíveis de serem associados a componentes atrás referidas como presentes, a sintomatologia associada à componente digestiva-abdominal, a qual, aliás, pode relacionar-se mais com a fobia social (Pio-Abreu e Ramalheira, 1993).

Uma outra informação que consideramos particularmente importante para o conhecimento desta amostra, diz respeito à questão da co-morbilidade, a qual constatámos não existir em 22 (60%) dos sujeitos da amostra. Quanto aos sujeitos que manifestam co-morbilidade sintetizámos os resultados no Quadro 17 em seguida exposto.

Quadro 17

Distribuição da amostra por Co-morbilidade (N=40).

| Eixo I n (%) | Eixo II n (%) | Eixo I e II n (%) | Total n (%) |
|-----------------|------------------|----------------------|----------------|
| 11 (27.5) | 9 (22.5) | 4 (10.0) | 16 (40.0) |

Do total de sujeitos da amostra, 11 (27.5%) apresenta co-morbilidade no Eixo I, especificamente com as seguintes perturbações: depressão *Major* (7 sujeitos), ansiedade social (2 sujeitos), cumulativamente ansiedade social e alcoolismo (1 sujeito) e dependência de psicofármacos (1 sujeito). Estes resultados vêm de encontro à já conhecida tendência de co-morbilidade da agorafobia com a depressão, bem como com outras perturbações ansiosas. Entretanto, em 9 (22.5%) dos sujeitos da amostra global existe uma perturbação do Eixo II, quer da personalidade, quer um atraso mental ligeiro (1 sujeito). Das perturbações da personalidade, constam as seguintes: personalidade dependente (3 sujeitos), personalidade histriónica (2 sujeitos), personalidade estado limite/*borderline* (2 sujeitos) e personalidade obsessivo-compulsiva (1 sujeito). Em 4 (10%) dos casos, assiste-se a uma situação de co-morbilidade simultânea em ambos os eixos.

O terceiro e último aspecto fundamental da informação prestada a este nível, diz respeito à fase da terapia em que cada sujeito se encontrava, dado de que não dispomos nos estudos anteriores. As respostas dos clínicos a esta questão figuram no Quadro 18 a seguir apresentado.

Quadro 18

Distribuição da amostra por Fase da Terapia.

| Fase Inicial n (%) | Fase Intermédia n (%) | Fase Final n (%) | Total N (%) |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|----------------|
| 8 (20.0) | 25 (62.5) | 7 (17.5) | 40 (100) |

A análise do quadro permite concluir que a maioria (n=25, 62.5%) dos sujeitos se encontra numa fase intermédia do processo terapêutico com o actual clínico.

3.3.1.3 Resultados descritivos da amostra a nível da história da perturbação

(a) história do tempo de evolução da perturbação

Um dos aspectos centrais abordados prendia-se com a duração da perturbação, ou seja, há quanto tempo os diversos indivíduos se viam confrontados com tal problema. Para concretizar esta comparação pedíamos aos sujeitos as datas de início da sintomatologia e, a partir daí, calculámos, em número de anos, o período pelo qual se estende a problemática. Foi curioso constatar as hesitações com que os sujeitos respondiam a estas questões, parecendo que, na maioria dos casos, não era fácil definir o momento de início. Alegando geralmente, à gradualidade subtil da sintomatologia e, nalguns casos, à sua longevidade, que se confundia com a da sua própria vida ("sempre me conheci assim, com isto"). Notamos ainda que nas respostas de alguns sujeitos quanto ao início do problema, transparecia uma certa dificuldade na interpretação da questão, pois em dois casos surgem datas de início do pânico e da agorafobia anteriores à da própria perturbação e, noutros casos, deparamo-nos com datas de início da perturbação muito anos antes do início quer do pânico, quer da agorafobia.

Recapitulando, as variáveis disponíveis neste estudo, em termos do tempo de duração da perturbação e das terapias clínicas, são as seguintes: (1) a data de início da perturbação, (2) a data de início do pânico, (3) a data de início da agorafobia, (4) a data de início da perturbação segundo a opinião do respectivo elemento significativo, (5) a data da primeira vez que teve apoio e (6) o tempo de acompanhamento com o actual clínico, cujos resultados passaremos a apresentar conjuntamente no Quadro 19.

Quadro 19
Medidas Descritivas das Variáveis Relativas ao tempo de duração da perturbação e dos acompanhamentos clínicos.

| Variáveis | Mínimo (em anos) | Máximo (em anos) | Mediana (em anos) | Percentis (em anos) | |
|------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|------------------------|-------|
| | | | | P 25 | P 75 |
| Duração da Perturbação | 2 | 44 | 9.00 | 5.00 | 15.75 |
| Duração da Pânico | 1 | 44 | 8.00 | 4.25 | 14.75 |
| Duração da Agorafobia | 2 | 44 | 7.00 | 4.00 | 12.00 |
| Duração da Perturbação (opinião do significativo) | 1 | 40 | 5.00 | 3.50 | 9.00 |
| Primeiro Apoio | 0 | 18 | 4.50 | 3.00 | 10.00 |
| Tempo de acompanha- mento com o clínico actual | 0 | 8 | 1.00 | 0.00 | 2.00 |

A análise dos resultados quanto ao início do problema mostra que o período mínimo de perturbação é de 2 anos e o máximo de 44 anos, o que sugere uma grande heterogeneidade de situações a este nível. Entretanto, notamos que a frequência de situações varia na razão inversa do número de anos, pois vai diminuindo à medida que estes aumentam, situando 50% da amostra até aos 9 anos de emergência do problema e apenas 25% acima dos 15 anos. Note-se que a tendência global para se encontrar um número de anos considerável com a perturbação e, em alguns casos, quase uma vida, reforça a indicação quanto à evolução do problema que nos sugere o DSM-IV (APA, 1994/1996), de se registar uma persistência durante anos, com tendência para a cronicidade. Também as perturbações de pânico são referidas (ibidem) como sendo, habitualmente crónicas.

Em relação ao início da sintomatologia do pânico e da agorafobia, deparamo-nos com resultados próximos, embora no caso do pânico os valores da mediana sejam ainda mais semelhantes aos do início da perturbação e os da agorafobia ligeiramente inferiores.

Ao questionarmos, separadamente, a data de início da perturbação, do pânico e da agorafobia pretendíamos conhecer, nos casos do diagnóstico de agorafobia com história de pânico, a relação da

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

agorafobia e do pânico quanto ao momento da sua ocorrência, e qual marcava o início da perturbação. Com efeito, analisámos o cruzamento da variável do início da perturbação com a do início da do pânico e com a do início da agorafobia e destas duas entre si, bem como as correlações, em termos do número de anos desde a sua emergência, através do coeficiente de correlação de Spearman. No cruzamento do início da perturbação com o início do pânico, observamos de modo particularmente nítido uma sobreposição, existindo apenas sete casos em que esta não é coincidente. A correlação obtida entres estas variáveis é positiva e estatisticamente significativa ($r_{sp}=.85, p<.001$). Já comparando o início da perturbação com o início da agorafobia, encontramos 14 sujeitos em que a data é desfasada, iniciando-se a agorafobia posteriormente, embora também entre estas variáveis exista uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r_{sp}=.79, p<.001$). No cruzamento do início do pânico com o início da agorafobia, observamos 12 casos com anos de emergência diferentes, em 11 dos quais o início do pânico foi anterior ao da agorafobia, sendo a correlação obtida positiva e estatisticamente significativa ($r_{sp}=.83, p<.001$).

Em síntese, constatamos que entre estes três pares de variáveis existe uma correlação positiva estatisticamente significativa, o que indica uma tendência nos resultados para o início da perturbação, do pânico e da agorafobia coincidirem. Verificámos ainda que, quando tal não acontece, é geralmente o pânico o primeiro a aparecer, sugerindo, tal como explicavam vários dos sujeitos, que a agorafobia decorreu exactamente dessa situação. Estes resultados vêm, mais uma vez, de encontro à informação divulgada pelo DSM IV (APA, 1994/1996) quanto prognóstico da perturbação de pânico, de existir uma forte tendência para se desenvolver uma agorafobia.

Tendo em consideração a proximidade de resultados nas três variáveis (início da perturbação, início do pânico e início da agorafobia), optámos por passar a trabalhar apenas com a variável do início da perturbação, dado o seu significado mais global e pertinente no nosso estudo.

Uma outra variável de que dispomos a propósito do tempo de duração da psicopatologia, consiste na opinião do *significativo*, a este respeito. Por significativo estamo-nos a referir ao familiar ou amigo(a) próximo(a) que o sujeito com agorafobia elegeu para colaborar connosco na validação divergente. Concretamente, pedíamos também ao significativo para indicar a data de início do problema, a fim de explorar a consistência das percepções de ambos, em relação a este aspecto. Da informação prestada pelos significativos (e que dado o seu tema específico, será apresentada no âmbito deste estudo e não no seguinte), constatámos em primeiro lugar que, do total da amostra ($N=40$), 11 (27.5%) dos sujeitos não responderam a esta questão. Dos dados disponíveis no Quadro 18, destaca-se que o mínimo é 1 ano e o máximo 40 anos, sendo a mediana de 5 anos. Estes valores são inferiores aos do início do problema referidos pelos próprios sujeitos, observando-se no quadro de frequências cruzadas destas variáveis que apenas em 10 casos há valores idênticos e que, dos restantes 19, em 16 das situações a diferença é no sentido de um maior número de anos declarado pelos sujeitos do que pelos significativos (alguns deles, aliás, alertavam-nos de que não sabiam se estavam conhecedores da situação desde o seu início). No entanto, a correlação entre **o início da perturbação na opinião dos sujeitos e na opinião dos seus significativos** é positiva e estatisticamente significativa ($r_{sp}=.61, p<.001$). Para uma melhor análise da relação entre estas variáveis sugerimos a leitura do Quadro 20 que apresenta o cruzamento entre elas, tendo-se condensado as suas distribuições em três grupos, com frequências aproximadamente equitativas.

Quadro 20

Distribuição da amostra no cruzamento da duração da perturbação, segundo a *opinião* do *significativo* e a do próprio sujeito.

| Início da Perturbação Segundo os Sujeitos com Agorafobia | Início da Perturbação Segundo os <i>Significativos</i> | | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|--------|---------|
| | Nº Anos | 1- 6 | 7 – 13 | 14 - 44 |
| | Total | | | |
| | 1- 6 | 12 | 0 | 0 |
| | 7 – 13 | 3 | 6 | 0 |
| | 14 - 44 | 2 | 4 | 2 |
| | Total | 17 | 10 | 2 |
| | | | | 29 |

A observação do quadro permite verificar o seguinte: nos casos em que a emergência da perturbação é mais recente (até seis anos inclusive), a correspondência entre as duas variáveis é total; quando se trata de perturbações de duração intermédia, na maioria dos sujeitos há correspondência entre os juízos do próprio e do significativo, mas em alguns casos o significativo situa a perturbação como sendo mais recente; nas situações em que a perturbação surge como mais duradoura (com mais de 14 anos), o juízo do significativo é muito variável, mas colocado, na maioria dos casos, no intervalo de tempo intermédio e alguns mesmo no inferior. Assim, parece ser nas perturbações consideradas pelo próprio sujeito com tendo já muitos anos, que os respectivos significativos se “perdem”, sendo presumível que em muitos dos casos (por exemplo de cônjuges), não tenham sequer acompanhado a emergência do problema.

Quanto à história de terapias especializadas, como se pode ainda ler no Quadro 19 anteriormente apresentado, constatamos que o apoio psiquiátrico ou psicológico foi procurado pelos sujeitos no mínimo há zero anos, o que significa que foi no próprio ano em que realizou a nossa entrevista, e no máximo há 18 anos, sendo a mediana de 4.5 anos.

Em relação ao início da terapia com o actual clínico, a distribuição oscila também entre menos de um ano e um máximo de oito, com mediana de 1 ano. Esta variável foi contabilizada, num primeiro momento em meses, permitindo-nos destrinçar com mais clareza a situação dos 19 sujeitos cujo período com o actual terapeuta é inferior a um ano, variando entre 1 e 10 meses, com *P25* de 3 meses.

No que concerne terapia à relação destas duas variáveis – apoio pela primeira vez e tempo de com o actual clínico - verificámos que não

existe uma correlação estatisticamente significativa ($r_{sp} = .30$, $p = .057$), embora seja quase significativa e se evidencie no seu cruzamento a tendência para a procura de ajuda pela primeira vez ter sido anterior ao início de terapia com o terapeuta actual. A constatação do desfasamento de periodicidade entre estas duas variáveis, sugere o "perfil saltitante" (de terapeuta em terapeuta) a que os clínicos estão habituados, na sua experiência com estes tipo de pacientes.

Comparando o início do pedido de ajuda com o início da perturbação encontramos uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($r_{sp} = .63$, $p < .001$), salientando a tendência para a proximidade de períodos entre a emergência do problema e a procura de ajuda. Contudo, observa-se uma discrepância de alguns anos entre os valores das medianas (respectivamente, 8 e 4), o que sugere um período de espera, entre o início da perturbação e a procura de apoio, que poderá corresponder à situação conhecida deste sujeitos, antes de chegarem à psicologia ou à psiquiatria, fazerem um longo percurso por outras áreas da medicina, começando por clínica geral, cardiologia, neurologia, etc., tal como, aliás, nos foi relatado por vários sujeitos da amostra. Uma análise cuidada da distribuição do cruzamento entre estas variáveis, permite notar que a diferença de anos entre o início do problema e a procura de ajuda tende a ser superior nos casos em que a perturbação dura há mais tempo, o que poderá estar associado a uma época em que a ajuda especializada para este problema não estava tão divulgada, tal como foi referido, com frequência, por sujeitos com mais idade. Paralelamente, é evidente a tendência, nos casos mais recentes, para uma procura de apoio quase imediata.

(b) história da evolução e gravidade da perturbação

Relativamente à **evolução do problema** e ao **grau de interferência actual da perturbação** na vida dos sujeitos, apresentamos os dados obtidos e a sua distribuição de acordo com o cruzamento das duas variáveis no Quadro 21 abaixo indicado.

Quadro 21

Distribuição da amostra no cruzamento da evolução da perturbação com o seu grau de interferência actual.

| | | Evolução da Perturbação | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------|----------|------------|-------|
| | | Melhorou | Manteve-se | Variável | Agravou-se | Total |
| Grau de Interferência da perturbação | 1. Nenhuma | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2. Leve | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 3 - Moderada | 7 | 3 | 7 | 0 | 17 |
| | 4. Severa | 2 | 2 | 5 | 2 | 11 |
| | 5. Muito Severa | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 |
| | Total | 11 | 5 | 15 | 9 | 40 |

Começando por ler os resultados obtidos ao nível da evolução do problema, salientamos que uma maioria de 15 (37%) sujeitos considera que a evolução tem sido variável, seguida de 11 (27.5%) casos que referem ter vindo a melhorar, 9 (22.5%) que indicam que o problema se agravou e 5 (12.5%) que se manteve igual. Esta referência mais frequente a uma evolução variável, ilustra em pleno as indicações da evolução da perturbação de pânico apontadas pelo DSM IV (APA, 1994/1996) em que é indicada uma tendência para oscilações de intensidade, desenhando picos de altos e baixos.

No que diz respeito ao grau de interferência da perturbação constata-se que para a maioria de 17 (42.5%) sujeitos a interferência é moderada, para 11 (27.5%) é severa e para 10 (25%) é muito severa. Apenas para 2 (5%) dos sujeitos a interferência actual é leve, não havendo ninguém que afirme ser nula, mesmo entre os que consideram que o problema melhorou ou que estão na fase final da terapia.

Da análise da distribuição no cruzamento destas variáveis ressalta o seguinte: quem considera que o grau de interferência é leve assinala que houve uma melhoria do seu problema; quem sente uma interferência moderada refere geralmente melhoras ou uma situação variável, embora também indique que se manteve, sugerindo como que uma adaptação ao próprio problema; para a maioria dos sujeitos para quem a interferência é severa, a evolução do problema tem sido variável; e, finalmente, a grande parte dos sujeitos que sentem a interferência como muito severa, sublinham um agravamento da situação.

Para calcular a associação entre estas duas variáveis, utilizámos um teste de qui-quadrado de Pearson, em que se obteve χ^2 (9 g.l.)=29.66, $p<.01$. Este valor permite afirmar que a evolução da perturbação e o seu grau de interferência se encontram associadas, de modo que as melhoras correspondem às interferências mais leves, a manutenção do problema e o seu carácter variável à severidade intermédia, e o agravamento a interferências fortes na vida dos sujeitos.

A seguir, consideramos que seria interessante analisar a relação entre as percepções dos sujeitos quanto **à evolução do problema e o seu tempo de duração**. O Quadro 22 que a seguir se apresenta mostra a distribuição da amostra no cruzamento entre estas duas variáveis.

Quadro 22
Distribuição da amostra no cruzamento do tipo de evolução da perturbação com o início da perturbação.

| | Evolução da Perturbação | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|------------|----------|------------|-------|
| | Melhorou | Manteve-se | Variável | Agravou-se | Total |
| Início da perturbação (em anos) | | | | | |
| 1- 6 | 5 | 1 | 7 | 2 | 15 |
| 7 – 13 | 4 | 0 | 4 | 5 | 13 |
| 14 - 44 | 2 | 4 | 4 | 2 | 12 |
| Total | 11 | 5 | 15 | 9 | 40 |

A análise do quadro revela que pessoas que consideram que o problema melhorou identificam na sua maioria o início da perturbação entre 1 e 6 anos, o mesmo acontecendo com aquelas que referem tratar-se de uma evolução variável. Já quem afirma que o problema se tem mantido na mesma corresponde, na sua quase totalidade, a pessoas que identificam o seu início entre os 14 e os 44 anos, sugerindo que a perturbação passou estavelmente a fazer parte da sua vida. O facto de o problema se ter agravado é referido por sujeitos dos três grupos de duração do problema, embora aconteça com mais frequência nos que identificam o seu início entre 7 e 13 anos. Entre os sujeitos que têm a perturbação há mais tempo, entre 14 e 44 anos, observa-se uma grande dispersão de resultados quanto à evolução do problema.

No teste de qui-quadrado de Pearson realizado, verificou-se que não existia uma associação estatisticamente significativa [χ^2 (6

g.l.)=10.01, $p>.1$] entre estas duas variáveis, o que significa que a evolução do problema tende a ser independente do início da perturbação.

Um outro aspecto que também explorámos foi a relação entre o **grau de interferência da perturbação e o seu início**, através do cálculo do índice de Spearman, o qual mostrou não existir uma correlação significativa entre as variáveis ($r_{sp}=.12$, $p>.1$). Contudo, da análise do cruzamento das variáveis sobressai uma certa tendência para o nível de interferência mais leve corresponder a situações de perturbação já com um tempo de duração superior a seis anos, o mesmo acontecendo com a interferência muito severa. Entretanto, a maioria dos casos mais recentes (entre 1 e 6 anos) apresenta uma interferência moderada ou severa.

Finalmente, exploramos a relação entre o **grau de interferência da perturbação e a fase da terapia**, sendo possível observar a distribuição da amostra, no cruzamento destas variáveis, no Quadro 23 abaixo apresentado.

Quadro 23
Distribuição da amostra no cruzamento do grau de interferência com a fase da terapia.

| | | Grau de Interferência da Perturbação | | | | |
|---------------------------------|------------|--------------------------------------|----------|--------|--------------|-------|
| | | Leve | Moderada | Severa | Muito Severa | Total |
| Fase de Terapia (em anos) | Inicial | 0 | 2 | 3 | 3 | 8 |
| | Intermédia | 0 | 10 | 8 | 7 | 25 |
| | Final | 2 | 5 | 0 | 0 | 7 |
| | Total | 2 | 17 | 11 | 10 | 40 |

A leitura do quadro destaca que os 2 casos de interferência leve se encontram na fase final da terapia, e os de interferência moderada, essencialmente, na fase intermédia e na final. Entretanto, a maioria dos sujeitos que referem uma interferência severa ou muito severa encontram-se na fase intermédia, os restantes na fase inicial e nenhum deles em fase final do processo psicoterapêutico. De acordo com a análise do qui-quadrado podemos afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($\chi^2(6g.l.)=17.13$, $p<.01$). Torna-se assim visível que a fase inicial da terapia está associada, entre os quatro tipos de interferência, como estava um grau severo e muito severo; na fase intermédia sobressai o grau de interferência moderado, sendo

também nesta fase que se registam as frequências mais elevadas da interferência severa e muito severa (note-se que é nesta fase que se encontra a maioria dos sujeitos da amostra); e a fase final da terapia associada aos casos de interferência leve ou, no máximo, moderada.

(c) história de perturbações anteriores e da existência de problemas psíquicos na família

Passaremos agora a aspectos da história de anteriores perturbações e da existência de problemas psicopatológicos na família do sujeito. No que se refere à existência de outros pedidos de ajuda psiquiátrica ou psicológica (nestes, excluindo situações de orientação escolar e profissional) ao longo da vida do sujeito, no sentido de explorar por exemplo a existência de acompanhamentos na infância por sintomatologia ansiosa, os resultados que obtivemos constam do Quadro 24 a seguir apresentado.

Quadro 24
Distribuição da amostra por existência de outros acompanhamentos clínicos, a nível psicológico anteriores à perturbação.

| Sim <i>n</i> (%) | Não <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 3 (7.5) | 37 (92.5) | 40 (100) |

A leitura do quadro evidencia que a resposta, quanto à existência de outros acompanhamentos clínicos anteriores à perturbação, foi negativa na grande maioria das situações (*n*=37, 92.5%), existindo apenas três (7.5%) sujeitos que referem tal ter acontecido. Nessas três situações, são mencionados como motivos a necessidade de prestar apoio a um namorado com toxicodependência, a morte de um companheiro com quem ia viver e o medo do escuro e pesadelos na infância.

Relativamente à existência de perturbações psicológicas em familiares próximos, os resultados figuram no Quadro 25 que se observa em seguida.

Quadro 25

Distribuição da amostra por sujeitos com familiares que apresentam perturbações psicopatológicas.

| A mesma perturbação | Outra perturbação ou Desconhecida | Total Com perturbação | Total Sem Perturbação | Total |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>N (%)</i> |
| 14 (35.0) | 15 (37.5) | 29 (72.5) | 11 (27.5) | 40 (100) |

Como se pode concluir pela análise do quadro, numa maioria de 29 (72.5%) casos existem pais, irmãos e, por vezes, tios, com perturbações psicológicas e apenas 11 (27.5%) situações em que estes não são referidos. Note-se que, com frequência, os sujeitos não tinham conhecimento exacto do diagnóstico das perturbações dos familiares e, por vezes, nem mesmo da existência de acompanhamento psiquiátrico. Em caso de dúvida, considerávamos a resposta negativa, de modo a não sobre-estimar a quantidade de familiares com perturbações. Com efeito, encontram-se, entre os resultados negativos, situações em que os sujeitos comentavam que este ou aquele também “era muito nervoso” como eles mas, que soubessem, não tinha acompanhamento especializado para o efeito, ficando em aberto a possibilidade de existir uma perturbação. Do mesmo modo, quando a resposta foi positiva, nem sempre foi fácil decodificar o tipo de problema, concluindo-se em 14 (35%) dos casos tratar-se de uma perturbação de ansiedade do mesmo tipo da manifestada pelo sujeito da amostra. Nos restantes 15 (37.5%) casos encontra-se uma grande diversidade de situações, destacando-se como diagnósticos mais precisos, a depressão (referida por 4 sujeitos da amostra), um caso de alcoolismo paterno e um de esquizofrenia. Entretanto, na grande parte das situações, a informação era dúbia, não se podendo sequer excluir a possibilidade de encontrar, entre eles, perturbações ansiosas.

Em suma, os valores obtidos sugerem a existência de perturbações congéneres em familiares, embora em menos de metade da amostra, o que não é de estranhar, dado que, apesar de se esperar com maior probabilidade o desenvolvimento de uma perturbação de pânico em familiares biológicos de primeiro grau, verifica-se que, nas amostras

clínicas, metade a três quartos não têm familiar biológico afectado (APA, 1994/1996). Assim, os resultados parecem bem ilustrativos do perfil apresentado pelo DSM IV (ibidem) acerca desta perturbação, reforçando, apesar de tudo, a tendência para a sua existência ancestral em familiares de primeiro grau.

(d) história de acontecimentos prévios e efeitos significativos associados à perturbação

Um outro aspecto, explorado no âmbito da história dos sujeitos, incidia sobre acontecimentos que estes considerassem particularmente significativos no ano anterior ao despoletar da perturbação (mesmo que no seu entender não tivessem qualquer relação com esta). Tratava-se de uma questão aberta, em que as pessoas iam falando de uma forma espontânea sobre a sua vida nessa época. A partir das respostas que anotamos por escrito, realizámos uma análise de conteúdo, da qual resultou uma lista de problemas que serviu de grelha para codificação desta questão.

Numa primeira fase da análise dos resultados, calculámos a frequência com que cada acontecimento significativo foi indicado pela amostra. No Quadro 26 que se segue, encontra-se a quantidade de sujeitos que referiu cada um dos acontecimentos significativos listados.

Quadro 26

Frequência de cada acontecimento significativo na amostra.

| Acontecimentos Prévios | nº (%) |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Separação amorosa | 5 (12.5) |
| 2. Problemas profissionais | 2 (5.0) |
| 3. Casamento ou início de namoro | 5 (12.5) |
| 4. Gravidez ou nascimento de filhos | 3 (7.5) |
| 5. Perdas significativas por morte | 10 (25.0) |
| 6. Doenças e acidentes | 6 (15.0) |
| 7. Abuso sexual, assédio ou violação | 3 (7.5) |
| 8. Reprovações escolares | 6 (15.0) |
| 9. Sobrecarga de exigências, stress transições para a universidade | 10 (25.0) |
| 10. Problemas conjugais ou ciúmes | 4 (10.0) |
| 11. Início do consumo de drogas ou de álcool | 3 (7.5) |
| 12. Emigração | 1 (2.5) |
| 13. Problemas financeiros graves | 1 (2.5) |
| 14. Problemas de saúde em familiares | 7 (17.5) |
| 15. Problemas profissionais do pai ou da mãe | 1 (2.5) |
| 16. Problemas relacionais na família | 7 (17.5) |
| 17. Outros | 13 (32.5) |

Tal como evidencia a leitura do quadro, os acontecimentos que são referidos por mais sujeitos como tendo antecedido o problema, são as perdas por morte de pessoas significativas e o *stress*, cada um com uma convergência de 10 (25%) respostas. Com frequência a seguir mais elevada, surgem os problemas relacionais ou de saúde na família, referidos ambos por 7 (17.5%) dos sujeitos, depois doenças e insucessos escolares em 6 (15%) casos e separações amorosas e casamentos em 5 (12.5%) sujeitos da amostra. Os outros acontecimentos apresentam frequências inferiores, registando-se ainda 13 situações em que os sujeitos se referem a outros problemas distintos dos listados. As perdas por morte talvez constituam uma crise vulgarmente associada ao desencadear de qualquer tipo de sintomatologia psicopatológica, embora a sua dimensão de separação nos pareça susceptível de assumir um impacto particular nestes sujeitos. Os restantes acontecimentos que acabamos de referir sugerem-nos temáticas com frequência citadas na literatura como acontecimentos críticos para sujeitos com agorafobia, ora centradas nas questões da saúde, ora na dinâmica relacional e na realização pessoal, ambas acarretando para estes indivíduos um jogo complexo entre dependência e autonomia,

gerido com excessivo peso do *stress*.

Numa segunda fase da análise dos resultados, abordámos o número de acontecimentos que cada sujeito identificou, com vista a explorar a hipótese de existirem conjugações específicas entre eles. A distribuição da frequência da amostra pelo número de acontecimentos indicados por cada sujeito, pode ser observada no Quadro 27 a seguir apresentado.

Quadro 27
Distribuição da amostra por número de acontecimentos significativos prévios à emergência da perturbação.

| Número de Acontecimentos Prévios Referidos | Sujeitos n (%) |
|--------------------------------------------|-------------------|
| Nenhum | 5 (12.5) |
| 1 | 6 (15.0) |
| 2 ou 3 | 23 (57.5) |
| 4 ou 5 | 6 (15.0) |
| Total: N (%) | 40 (100) |

Da leitura do Quadro 27, quanto a acontecimentos significativos que tenham ocorrido na vida dos sujeitos, sensivelmente durante o ano anterior ao desencadear da sintomatologia, constatámos que 5 (12.5%) sujeitos não identificaram nenhum acontecimento específico e os restantes identificaram entre 1 e um máximo de 5 acontecimentos. A grande maioria dos sujeitos referiram 2 ou 3 aspectos significativos nesse ano. Quanto ao tipo de situações críticas indicadas, através de uma análise detalhada, observámos que, nos casos em que os sujeitos referem um só acontecimento, trata-se da morte de significativos, de abuso sexual, do início de consumo de drogas, de emigração e, apenas num caso, de um aspecto que parece mais difuso e vulgar que é o *stress*. Quando são referidos dois ou três acontecimentos, tanto sugerem problemas paralelos como, por exemplo conjugais e profissionais, como parecem muito associados entre eles, como que uma redundância, por exemplo problemas conjugais e separação amorosa. Entre os tipos de associações de acontecimentos, ressalta a frequência com que o *stress* é referido, conjuntamente, com problemas de saúde do próprio ou de familiares. Entretanto, da nossa análise, não emergiu mais nenhum tipo de padrão

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

de resultados digno de relevo.

Seguiu-se exactamente o mesmo processo de codificação e análise dos dados em relação aos efeitos da perturbação na vida dos sujeitos. A lista de mudanças significativas que os sujeitos descreveram como resultantes da perturbação figura no Quadro 28, encontrado-se cada uma delas seguida da frequência com que foi referida na amostra.

Quadro 28

Frequência de cada mudança na amostra.

| Mudanças Significativas | nº (%) |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Dificuldades graves no trabalho ou deixar de trabalhar | 18 (45.0) |
| 2. Problemas na relação conjugal | 6 (15.0) |
| 3. Isolamento | 24 (60.0) |
| 4. Evitamentos | 20 (50.0) |
| 5. Aumento da dependência dos outros | 17 (42.5) |
| 6. Intolerância a depender de outros | 2 (5.0) |
| 7. Aumento da liberdade | 1 (2.5) |
| 8. Desilusão consigo próprio, acarretando uma mudança generalizada | 7 (17.5) |
| 9. Aumento de medos | 11 (27.5) |
| 10. Inibição social e nervosismo | 9 (22.5) |
| 11. Dependência da medicação | 6 (15.0) |
| 12. Aumento progressivo de tristeza | 5 (12.5) |
| 13. Ideação suicida | 3 (7.5) |
| 14. Outros | 12 (30.0) |

Quanto ao tipo e frequência dos efeitos provocados pela perturbação, constatamos, a partir da leitura do quadro, que o isolamento é aquele que a maioria dos sujeitos ($n=24$, 60%) refere. A seguir, são destacados por 17 a 20 (42.5% a 50%) sujeitos, os evitamentos, as dificuldades graves no trabalho (ou estudo) e o aumento da dependência dos outros. Já enunciados com uma frequência bastante inferior, surgem o aumento de medos ($n=11$, 27.5%) e de nervosismo ($n=9$, 22.5%), a desilusão consigo próprio ($n=7$, 17.5%), problemas conjugais ($n=6$, 15%), dependência de medicação ($n=6$, 15%). Ainda com menor frequência, é identificado o aumento da tristeza ($n=5$, 7.5%) e a ideação suicida ($n=3$, 7.5%). Numa perspectiva que parece mais idiossincrática, surge em 2 sujeitos o efeito de aumentar a intolerância à dependência e num sujeito

o aumento de liberdade. Gostaríamos de salientar que estes dois aspectos emergiram de um discurso de luta contra a sintomatologia, afirmando os sujeitos que a partir daí passou a ser condição, para conseguirem continuar a fazer as mesmas coisas, não depender dos outros, dispondo de meios próprios para se ausentarem das situações quando bem entendessem (usando com frequência o exemplo das "boleias"). Parece ter acontecido o mesmo com a formulação de que se reflectiu num aumento de liberdade (aliás, único efeito referido nesse caso), dado que, para o sujeito estar bem, tem que fazer o que lhe apetece, aproximando-se da ideia anterior de controlar a situação a seu "bel prazer". As ideias destes sujeitos reenviam-nos para a possibilidade de que a sintomatologia agorafóbica surja como um travão à realização de desejos, (c.f. Pio-Abreu, no prelo), muito particularmente no que se refere a fantasias ao nível do mundo interpessoal (por exemplo, como um estabilizador conjugal, impedindo o sujeito de desfrutar de relações extra-matrimoniais).

Reportando-nos agora ao impacto da perturbação na vida dos sujeitos, traduzido pelo número de mudanças que cada um deles referiu, observe-se o Quadro 29 que a seguir figura.

Quadro 29
Distribuição da amostra por número de mudanças significativas associadas à emergência da perturbação.

| Número de Mudanças Referidas | Sujeitos n (%) |
|------------------------------|-------------------|
| Nenhum | 0 (0.0) |
| 1 | 8 (20.0) |
| 2 ou 3 | 13 (32.5) |
| 4 ou 5 | 13 (32.5) |
| 6, 7 ou 8 | 6 (15.0) |
| Total: N (%) | 40 (100) |

A leitura do quadro permite verificar que todos os sujeitos identificaram alguma alteração, oscilando entre 1 e 8 o número de efeitos referidos. A grande maioria dos sujeitos mostra-se sensível a duas, três, quatro ou cinco mudanças na sua vida, derivadas da emergência da perturbação.

Na análise das conjunções de efeitos que cada sujeito indica,

destacam-se algumas associações particularmente frequentes: a situação mais típica é a referência conjunta de isolamento, evitamento e aumento da dependência; a este grupo ou, pelo menos, a parte dele, juntam-se também muitas vezes as dificuldades no trabalho; a associação só entre isolamento e evitamento aparece várias vezes e aí também acompanhada de desilusão consigo próprio(a) e aumento de medos; estes dois últimos encontram-se muitas vezes associados; é curioso notar que na quase totalidade dos casos em que é referida a tristeza, esta surge conjuntamente com aumento de dependência dos outros. A dependência da medicação surge várias vezes como efeito único.

3.3.1.4 Resultados descritivos da amostra a nível de marcadores do desenvolvimento na psicopatologia

A informações de que dispomos a este respeito referem-se ao protocolo que construímos com quatro questionários relativos à percepção que o sujeito tem sobre o seu funcionamento no passado (quando era pequeno e no período anterior à perturbação) e sobre aspectos da sua relação de vinculação com a mãe e com o pai na infância, designando-se por "quando era pequeno(a)", "antes de ter este problema", "forma mãe" e "forma pai".

Este instrumento, que inclui um total de 123 itens, foi bem aceite pelos sujeitos, não se tendo observado dificuldades no seu preenchimento e registando-se apenas como *missing* um item do segundo questionário a que um sujeito não respondeu, e um questionário "forma pai", mais o item a ele associado na "forma mãe", os quais não foram preenchidos pelo facto da pessoa ser órfã de pai desde bebé e não ter tido substituto paterno.

Para análise dos resultados vamos partir dos factores teoricamente construídos e já descritos nos instrumentos. Com o objectivo de tornar directamente comparáveis os factores dos questionários, optámos pela

transformação linear dos mesmos para uma escala 0-100⁴. Esta transformação tem a vantagem de tornar directamente comparáveis subescalas com diferente número de itens, para além de não acarretar qualquer alteração em termos da relação entre diferentes variáveis (alterando naturalmente a média e desvio-padrão de cada um deles).

No sentido de comparar a importância de cada uma das temáticas em relação às outras, na amostra de sujeitos entrevistados, passemos a analisar os resultados obtidos em relação a cada escala, os quais se podem ler no Quadro 30 a seguir apresentado.

Quadro 30

Medidas Descritivas dos factores do PAMaDeP.

| Questionários e Subescalas | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|---------------------------------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Aceitação-Afecto / Mãe | 40 | 7.41 | 100.00 | 59.81 | 20.81 |
| Aceitação-Afecto / Pai | 39 | 11.11 | 81.48 | 50.14 | 17.94 |
| Factor Hipervigilante | 40 | 22.22 | 88.89 | 48.19 | 15.88 |
| Dependência | 40 | 9.52 | 90.48 | 45.12 | 19.02 |
| Sobreprotecção / Mãe | 40 | 9.09 | 81.82 | 44.02 | 17.06 |
| Factor Dependente | 40 | 0.00 | 95.24 | 43.93 | 19.27 |
| Sinalização Obsessão | 40 | 0.00 | 100.00 | 43.33 | 25.26 |
| Factor Evitante | 39 | 13.33 | 86.67 | 41.11 | 16.90 |
| Rejeição e Abandono / Pai | 39 | 17.65 | 70.59 | 40.12 | 13.46 |
| Rejeição e Abandono / Mãe | 39 | 17.65 | 74.51 | 36.45 | 13.71 |
| Rejeição-Hiper-responsabilidade | 40 | 0.00 | 76.19 | 34.88 | 17.76 |
| Abandono – Isolamento | 40 | 0.00 | 71.43 | 32.86 | 18.04 |
| Sobreprotecção / Pai | 39 | 0.00 | 72.73 | 32.09 | 16.72 |

Da leitura do quadro destaca-se, quanto aos mínimos, que o valor zero surge em várias das subescalas, nomeadamente nas de *sinalização da obsessão*, *factor dependente*, *Rejeição-Hiper-responsabilidade*, *abandono-isolamento* e de *sobreprotecção pai*. Isto significa que, para cada uma delas, pelo menos um sujeito da amostra, assinalou *discordar totalmente* de todos os itens que a compõem. Entretanto, nos restantes factores, todos os sujeitos assinalaram acordo, pelo menos, num dos seus itens. No que diz respeito aos valores máximos, é de assinalar que,

⁴ Para a transformação linear numa escala 0-100, utilizámos a seguinte fórmula:

$$[(\text{Resultado da subescala} - \text{mín}) / (\text{máx.} - \text{mín.})] \times 100$$
, sendo o mínimo e o máximo definidos como os valores mínimos e máximos possíveis para a respectiva subescala.

para além da subescala unifactorial (*senalização obsessão*) também surge o valor de 100 na subescala *de aceitação/afecto da mãe*, o que quer dizer que, pelo menos um sujeito, indicou *concordo totalmente* em todos os itens que a constituem.

Em relação às médias dos resultados nas diversas subescalas, facilmente analisáveis a partir da sequência por valor decrescente em que se encontram no quadro de resultados apresentado, as duas em que se regista uma média superior pertencem aos questionários *Forma Mãe e Forma Pai* e dizem respeito à dimensão da *aceitação-afecto* por parte da *mãe* ($M=59.81$; $DP=20.81$) em primeiro lugar e do *pai* em segundo ($M=50.14$; $DP=17.94$). Com média superior surge a seguir uma subescala do questionário sobre a percepção do funcionamento da pessoa antes de emergir o problema, e que se refere ao *factor hipervigilante* ($M=48.19$; $DP=15.88$). Depois do questionário sobre a percepção do funcionamento na infância, a dependência ($M=45.12$; $DP=19.02$) logo seguida pela *sobreprotecção materna* ($M=44.02$; $DP=17.06$) – a qual se distancia claramente da *sobreprotecção paterna*, cuja média surge em décimo terceiro lugar – e do *factor dependente* ($M=43.93$; $DP=19.27$). Estes seis factores com valores de média mais elevados sugerem claramente o pólo de sobreprotecção associado a fragilidade e dependência a que nos reporta a teoria de Guidano (1987, 1991, 1992), como uma das experiências afectivas nucleares, vividas por estes sujeitos desde as idades mais precoces. Em sétimo lugar surge o item relativo à *senalização de obsessão* que, embora a maioria dos sujeitos (57.5%) considere que não tem, 17 (42.5%) afirmam que *antes de ter este problema se sentiam perturbados por dúvidas, imagens ou pensamentos repetitivos*. A seguir temos, sucessivamente, o *factor evitante*, da *rejeição e abandono* (note-se que aqui primeiro *paterna* e depois *materna*), da *rejeição-hiper-responsabilidade* e do *abandono-isolamento*. Saliente-se que, nestas três últimas subescalas, o desvio padrão é bastante elevado, alertando para uma maior dispersão dos resultados nestes factores. Esta sequência já nos sugere mais o pólo das experiências precoces associadas à rejeição e/ou negligência (cf. Guidano, 1987, 1991, 1992) a que os sujeitos reagem

com mais independência e aparente distância, mas dificuldade de autonomia afectiva, alimentando, de uma outra forma, a ambivalência entre dependência e liberdade.

No que concerne às três subescalas factuais (de resposta sim/não), designados por *perda de pais*, *doença de pais* e *ausência de pais*, a moda das respostas é sempre o não, registando-se apenas 2 sujeitos que perderam um dos pais ou ambos na infância, 7 que sofreram em pequenos com a doença de um dos pais e 10 que referem a sua ausência prolongada.

Numa etapa seguinte do estudo destes resultados, debruçámo-nos sobre a análise das **correlações entre os factores**, as quais passaremos a apresentar. Deparamo-nos com uma “teia” de correlações, pelo que começaremos por analisar aquelas que se estabelecem intra-questionário e, no final, comentaremos as correlações inter-questionários.

Para análise dos questionários relacionados com aspectos da percepção da relação de vinculação com a mãe e com o pai na infância, iremos explorar conjuntamente as correlações entre os factores da *Forma Mãe* e *Forma Pai*, tal como se pode observar no Quadro 31 que se segue.

Quadro 31

Correlações entre os factores dos Questionários *Forma Mãe* e *Forma Pai*.

| Factores | Aceitação-Afecto / Mãe | Rejeição e Abandono / Mãe | Sobreprotecção / Mãe | Aceitação-Afecto / Pai | Rejeição e Abandono / Pai | Sobreprotecção / Pai |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| Aceitação-Afecto / Mãe | 1.00 | -.69** | -.001 | .03 | -.21 | -.13 |
| Rejeição e Abandono / Mãe | | 1.00 | .10 | -.10 | .36* | .22 |
| Sobreprotecção / Mãe | | | 1.00 | .01 | -.10 | .28 |
| Aceitação-Afecto / Pai | | | | 1.00 | -.67** | -.02 |
| Rejeição e Abandono / Pai | | | | | 1.00 | -.06 |
| Sobreprotecção / Pai | | | | | | 1.00 |

Nota: Destacamos a negro os valores das correlações estatisticamente significativas.

É interessante constatar que entre os seis factores destes questionários existem apenas três correlações significativas do ponto de vista estatístico, duas delas definindo uma correlação negativa óbvia entre *aceitação-afecto* e *rejeição-abandono*, tanto na Mãe como no Pai. Estes

resultados parecem reforçar o cariz independente destas três dimensões, as quais concebemos como correspondendo a padrões de vinculação distintos. Entretanto, entre as duas formas do questionário existe uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=.36$, $p<.05$) entre os factores de *rejeição e abandono por parte da mãe e do pai*, o que já não acontece ao nível da *aceitação/afecto* ou da *sobreprotecção*, sugerindo a rejeição como um fenómeno parental e a aceitação ou sobreprotecção como fenómenos relacionais específicos.

No Quadro 32 a seguir apresentado encontram-se os resultados das correlações entre os factores do questionário *Quando era pequeno(a)*.

Quadro 32

Correlações entre os factores do Questionário *Quando era pequeno(a)*.

| Factores | Dependência | Rejeição-Hiperresp. | Abandono/ Isolam. |
|---------------------------------|-------------|---------------------|-------------------|
| Dependência | 1.00 | -.35* | .24 |
| Rejeição-Hiper-responsabilidade | | 1.00 | .58** |
| Abandono - Isolamento | | | 1.00 |

Nota: Destacamos a negro os valores das correlações estatisticamente significativas.

* $p<.05$; ** $p<.01$

Da leitura do quadro ressalta uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r=-.35$, $p<.05$) entre as subescalas da *dependência* e da *rejeição-hiper-responsabilidade*, aliás, teoricamente esperada, já que elas representam posturas opostas quanto ao desembaraço e maturidade a tratar do próprio. Entretanto, encontramos uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=.58$, $p<.01$) entre a *rejeição-hiper-responsabilidade* e o *abandono-isolamento*, a qual vem realçar a relação teórica entre a negligência e a tendência do sujeito para se radicar no pólo da independência e eficácia, muitas vezes com contornos de inversão de papeis e a encetar um percurso que Lorenzini e Sassaroli (1988) designam de "auto-confiança compulsiva".

Passemos à análise das correlações nos factores do questionário *Antes de ter este problema*, presentes no Quadro 33

Quadro 33Correlações entre os factores do Questionário *Antes de ter este problema*.

| Factores | Dependente | Evitante | Hipervigilante | Sinalização Obsessão ^a |
|-----------------------------------|------------|----------|----------------|-----------------------------------|
| Dependente | 1.00 | .58** | .44** | .26 |
| Evitante | | 1.00 | .58** | .39* |
| Hipervigilante | | | 1.00 | .38* |
| Sinalização Obsessão ^a | | | | 1.00 |

^a Uma vez que o factor de "despiste de obsessão" é constituído apenas por um item que, na sua forma original, é medida de 1 a 4, optámos por utilizar o coeficiente de correlação de Spearman para análise da associação entre este factor e os restantes.

Nota: Destacamos a negro os valores das correlações estatisticamente significativas.

$p < .05$; ** $p < .01$

A leitura do quadro alerta-nos para a correlação positiva e estatisticamente significativa entre os factores *dependente* e *evitante* ($r = .58$, $p < .01$) e de ambos com o *hipervigilante*, (respectivamente, de $r = .44$, $p < .01$ e $r = .58$, $p < .01$), triângulo que muito nos sugere as dimensões fulcrais do comportamento dos sujeitos com agorafobia. Sinais de *obsessão* apresentam uma correlação positiva significativa com os factores *evitante* ($r = .39$, $p < .05$) e com o *hipervigilante* ($r = .38$, $p < .05$), o que bem se compreende pela vertente de controlo que ambas têm subjacente.

Para terminar, passaremos à análise das correlações entre os factores dos vários questionários, tal como se encontram apresentadas no Quadro 34 e sugerimos a sua leitura numa espécie de contínuo temporal ontológico que começa pelas relações de vinculação com a mãe e com o pai, passando para o funcionamento do sujeito em pequeno(a) e depois, num período mais recente, antes de se ter manifestado a perturbação.

Quadro 34

Correlações entre todos os factores que compõem os vários questionários do PAMaDeP.

| Questionários e Factores | Forma Mãe | | | Forma Pai | | | Quando era Pequen. | | | Antes do Problema | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|----------|----------------|---------------|
| | Aceitação-Afecto / Mãe | Rejeição-Aband. / Mãe | Sobreprotecção / Mãe | Aceitação-Afecto / Pai | Rejeição-Aband. / Pai | Sobreprotecção / Pai | Dependência | Rejeição-Hiperresp. | Abandono – Isolamento | Dependente | Evitante | Hipervigilante | Sin. Obsessão |
| Forma Mãe | | | | | | | | | | | | | |
| Aceitação-Afecto / Mãe | 1.00 | -.69** | -.001 | .03 | -.21 | -.13 | .13 | -.38* | -.17 | .19 | .04 | .14 | .25 |
| Rejeição-Aband. / Mãe | | 1.00 | .10 | -.10 | .38* | .22 | -.06 | -.52** | .47** | .03 | .23 | .22 | .01 |
| Sobreprotecção / Mãe | | | 1.00 | .008 | -.10 | .28 | .49** | -.30 | .18 | .61** | .31 | .27 | .07 |
| Forma Pai | | | | | | | | | | | | | |
| Aceitação-Afecto / Pai | | | | 1.00 | -.67** | -.02 | .06 | -.41** | -.58** | .12 | -.40* | -.10 | -.17 |
| Rejeição-Aband. / Pai | | | | | 1.00 | -.06 | -.28 | .77** | .62** | -.34* | .22 | .09 | .16 |
| Sobreprotecção / Pai | | | | | | 1.00 | .36* | .02 | .14 | .33* | .16 | .01 | .04 |
| Quando era Pequen. | | | | | | | | | | | | | |
| Dependência | | | | | | | 1.00 | -.35* | .24 | .52** | .46** | .41** | .14 |
| Rejeição-Hiperrespon. | | | | | | | | 1.00 | .58** | -.40* | .19 | .03 | .22 |
| Abandono-Isolamento | | | | | | | | | 1.00 | .12 | .68** | .52** | .43** |
| Antes de ter o Probl. | | | | | | | | | | | | | |
| Dependente | | | | | | | | | | 1.00 | .58** | .44** | .26 |
| Evitante | | | | | | | | | | | 1.00 | .58** | .39* |
| Hipervigilante | | | | | | | | | | | | 1.00 | .38* |
| Sinalização Obsessão ^a | | | | | | | | | | | | | 1.00 |

^a Uma vez que o factor de "Sinalização de Obsessão" é constituído apenas por um item que, na sua forma original, é medida de 1 a 4, optámos por utilizar o coeficiente de correlação de Spearman para análise da associação entre este factor e os restantes.

Nota: Destacamos a negro os valores das correlações estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$

Na leitura deste quadro iremos salientar, essencialmente, as correlações estatisticamente significativas entre os factores que pertencem a questionários distintos.

Encontramos a *aceitação-afecto*, tanto da mãe como do pai, correlacionadas negativamente com as subescalas de *rejeição-abandono* dos mesmos (respectivamente, $r = -.69$ e $r = -.67$, $p < .01$), com a *rejeição-hiper-responsabilidade* na infância (respectivamente, $r = -.38$, $p < .05$ e $r = -.41$, $p < .01$); e quando esta é paterna, ainda com o *abandono-isolamento* ($r = -.58$, $p < .01$) e com o factor *evitante* ($r = -.40$, $p < .01$), antes de emergir o problema.

Entretanto, a dimensão da *rejeição-abandono* nas relações de vinculação com a mãe e com o pai (que, como atrás vimos, apresentam entre elas uma correlação positiva significativa) estão positiva e altamente

correlacionadas com a *rejeição-hiper-responsabilidade* (respectivamente, $r=.52$ e $r=.77$, $p<.01$) e o *abandono-isolamento* na infância (respectivamente, $r=.47$ e $r=.62$, $p<.01$). Na *rejeição-abandono pai* existe ainda uma correlação negativa significativa com o *factor dependente* ($r=-.34$, $p<.05$). Também entre a *rejeição-hiper-responsabilidade* da infância e o *factor dependente* se regista uma correlação negativa significativa ($r=-.40$, $p<.05$).

Em contraste, a *sobreprotecção da mãe e do pai* traçam um caminho de correlações positivas com a *dependência* na infância (respectivamente, $r=.49$, $p<.01$ e $r=.36$, $p<.05$) e com o *factor dependente* antes do problema emergir (respectivamente, $r=.61$, $p<.01$ e $r=.33$, $p<.05$). Note-se que o valor das correlações é mais elevado e com uma maior significância estatística no caso da sobreprotecção materna do que na paterna.

Por sua vez, a *dependência* na infância apresenta correlações positivas, altamente significativas, com o facto de considerar-se *dependente* ($r=.52$, $p<.01$), *evitante* ($r=.46$, $p<.01$) e *hipervigilante* ($r=.41$, $p<.01$). O *abandono-isolamento* também revela correlações positivas altamente significativas com o *factor evitante* ($r=.68$, $p<.01$), com o *factor hipervigilante* ($r=.52$, $p<.01$) e, ainda, com a *obsessão* ($r=.43$, $p<.01$).

Em síntese, diríamos que ressalta, desta trama de correlações, uma espécie de dois perfis distintos, com um núcleo comum de personalidade evitante e hipervigilante. Assim, ou estas surgem correlacionadas com a sinalização-obsessão antes da emergência da perturbação e na infância com o abandono-isolamento e este com a rejeição-hiper-responsabilidade e ambos com uma correlação positiva com a rejeição-abandono (e ainda negativa com aceitação-afecto nas relações de vinculação); ou então, a personalidade evitante e a hipervigilante surgem associadas com a personalidade dependente e correlacionadas com a dependência na infância e esta, por sua vez, com a sobreprotecção materna e paterna.

Finalizada a apresentação das variáveis descritivas da amostra

nas diversas dimensões exploradas, passaremos a abordar os resultados centrais deste estudo que dizem respeito à validação divergente realizada por estes sujeitos. Começaremos por expor os resultados na sua generalidade e, a seguir, iremos analisar as escolhas identificatórias dos sujeitos em função de algumas das variáveis referidas até ao momento.

3.3.2 Resultados da validação divergente

3.3.2.1 Identificação da amostra global com cada uma das cinco narrativas protótipo

Tal como ficou referido no método, recorreremos a dois procedimentos diferentes para solicitar aos sujeitos uma avaliação da relação de cada narrativa consigo próprios. Utilizámos primeiro o *Questionário de hierarquização de narrativas protótipo*, em que era pedido aos sujeitos que ordenassem as narrativas, da que mais se identificava com eles até à de menor relação com o seu funcionamento, pelo que passaremos a designar, de forma abreviada, **resultados da ordenação**; em segundo lugar, o *Questionário de avaliação de narrativas protótipo*, em que se sugeria a cotação do grau de relação de cada uma das narrativas consigo próprio, numa escala de cinco pontos, resultados a que nos passaremos a referir como **resultados do grau**.

Para tornar os resultados destes dois procedimentos comparáveis, codificámos os *resultados da ordenação* efectuada pelos sujeitos, no sentido de atribuir ao primeiro lugar o valor cinco e, assim, assumirmos para ambos os instrumentos que níveis da escala superiores correspondem a uma maior relação da narrativa com o sujeito.

Passemos então a analisar os dados obtidos nos dois questionários, tendo presente que a nossa hipótese supõe que os sujeitos com agorafobia irão manifestar maior grau de relação com a narrativa protótipo da

agorafobia[§] do que com as narrativas protótipo relativas às outras psicopatologias, nomeadamente, da depressão, do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia.

Estes instrumentos permitem-nos dois níveis de análise: uma leitura das frequências e uma comparação entre as ordens médias de identificação com cada uma das perturbações.

Para a análise dos resultados da ordenação, sugerimos a leitura

Quadro 35
Medidas descritivas em relação aos *Resultados da Ordenação* das Identificações (de 1 – menor identificação, a 5 – máxima identificação) com as Cinco Narrativas Protótipo (NP).

| Resultados da Ordenação | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis | |
|-------------------------|--------|--------|-------|---------|-----------|------|
| | | | | | P 25 | P 75 |
| NP Agorafobia | 2 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 |
| NP Depressão | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| NP Alcoolismo | 1 | 5 | 3 e 5 | 4 | 3 | 5 |
| NP Toxicodependência | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| NP Anorexia | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 |

do Quadro 35, em que figuram em síntese os valores da identificação (entre um e cinco) atribuídos pelos sujeitos a cada uma das cinco narrativas.

A observação do quadro permite verificar quanto à identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da agorafobia que a mediana é de quatro, o que corresponde a uma segunda posição de identificação com que mais se identificaram, sendo que apenas 25% da amostra a situa abaixo do terceiro lugar e 25% dos sujeitos lhe atribuem o valor máximo de cinco. Efectivamente, a moda é de 5, sendo que de 18 (45%) sujeitos elegem esta narrativa como aquela com que mais se identificam de entre as cinco apresentadas. Apesar do valor máximo ser de cinco para todas as narrativas protótipo, indicando que há sempre alguém que as selecciona como as de maior relação consigo próprio, a narrativa da agorafobia é

[§]Onde está “narrativa protótipo da agorafobia” leia-se “narrativa protótipo relativa aos sujeitos com agorafobia”. Ao longo de todo o trabalho optaremos por essa simplificação abusiva em relação a qualquer das patologias, tendo sempre subjacente que nos referimos a sujeitos com a referida patologia.

aquela em que esse lugar é atribuído por um maior número de sujeitos. Sobressai ainda, na narrativa da agorafobia o valor mínimo de 2, indicando que não houve nenhum sujeito que a tivesse colocado em último lugar de identificação, o que não acontece com mais nenhuma das restantes narrativas protótipo.

Entretanto os valores da mediana e dos percentis na identificação com as narrativas da depressão e do alcoolismo, são próximos dos obtidos para a agorafobia. Com a do alcoolismo encontra-se exactamente o mesmo padrão de valores e com a da depressão apenas é diferente o *P75* que assume um valor de quatro, sugerindo que existiram menos sujeitos a atribuir-lhe uma identificação máxima. As narrativas protótipo associadas entre si e notoriamente inferiores aos das restantes três narrativas.

Passando agora à apresentação da análise das frequências quanto ao grau de identificação, em que os sujeitos já tinham a possibilidade de atribuir valores repetidos às diversas narrativas, observe-se o Quadro 36 a seguir exposto.

Quadro 36
Medidas descritivas em relação aos *Resultados do Grau* das Identificações (de 1 – nenhuma relação, a 5 – total relação) com as Cinco Narrativas Protótipo (NP).

| Resultados do Grau | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis | |
|----------------------|--------|--------|------|---------|-----------|------|
| | | | | | P 25 | P 75 |
| NP Agorafobia | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| NP Depressão | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| NP Alcoolismo | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| NP Toxicodependência | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| NP Anorexia | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 |

Uma leitura global dos resultados impressos no quadro, manifesta a sua semelhança com os descritos anteriormente, quanto aos resultados da ordenação. Os valores da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia são inferiores quanto à mediana e à moda que, neste caso, são de 3 (correspondente a “tem relação”) e ao *P75* que passou a ser de 4 (“muita relação”). Entretanto, mantém-se um *P25* de 3 e a situação de exclusividade, em relação às restantes narrativas, quanto a um mínimo de 2. Os valores das medidas descritivas quanto à identificação com as

narrativas da depressão e do alcoolismo são exactamente iguais aos já comentados a propósito dos resultados da ordenação, passando estas a apresentar uma mediana superior à da identificação com a agorafobia. As medidas descritivas da identificação com as narrativas da toxicodependência e da anorexia apresentam valores iguais uma à outra, com moda e mediana de 1 ("nenhuma relação") e P75 de apenas 2 ("alguma relação"). A fraca relação destas narrativas com os sujeitos, surge assim, ainda mais extremada do que nos resultados da ordenação.

Na perspectiva de melhor comparar estes resultados e averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grau de relação dos sujeitos com as diversas narrativas, aplicámos o teste não paramétrico de Friedman (para mais de duas amostras relacionadas), computado através do programa SPSS (versão 10.0). A distribuição das ordens médias de identificação relativas aos resultados da ordenação e aos resultados do grau, figuram no Quadro 37 a seguir apresentado.

Quadro 37

Ordens médias de identificação com as narrativas protótipo e χ^2 de Friedman, quer para os resultados da ordenação quer para os do grau.

| Narrativas Protótipo | Ordem Média das Ordenações | Ordem Média dos Graus |
|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| da Agorafobia | 4.00 | 3.74 |
| da Depressão | 3.58 | 3.81 |
| do Acoolismo | 3.53 | 3.61 |
| da Toxicodependência | 2.00 | 1.96 |
| da Anorexia | 1.90 | 1.88 |
| | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 61.06, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 69.23, p < .001$ |

Nota: Destacamos em negro os valores da ordem média mais elevadas em cada distribuição.

A leitura dos resultados da ordenação indica, tal como se previa, que a narrativa protótipo da agorafobia atinge em média o nível de ordem mais elevado (4.00). Segue-se a narrativa da depressão (3.58), a do alcoolismo (3.53), a da toxicodependência (2.00) e, finalmente, a da anorexia.

Entretanto, quanto aos resultados do grau, a sequência das ordens médias sofre uma alteração, apresentando a narrativa da depressão (3.81) um valor ligeiramente mais elevado do que a da agorafobia (3.74) que

surge em segundo lugar, mantendo as restantes a mesma posição na sequência que ocupavam em relação à ordenação.

Após a análise verificou-se, tanto para os resultados da ordenação como para os do grau, a existência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2(4g.l.)=61.06$, $p<.001$ e $X^2(4g.l.)=69.23$, $p<.001$, respectivamente) entre as ordens médias envolvidas no conjunto das distribuições, sugerindo identificações diferenciadas com as narrativas.

Contudo, não era ainda possível definir exactamente entre que pares de narrativas é que as diferenças das ordens médias eram significativas. Ou seja, os resultados indicam que existe, pelo menos entre duas narrativas, uma diferença da ordem média que é estatisticamente significativa, mas não necessariamente que todas as diferenças de cada uma das narrativa com as restantes seja significativa.

Com efeito, para especificar entre que pares de narrativas existiam diferenças significativas, recorreremos à fórmula de comparações múltiplas (ver Anexo 27) proposta por Silva (1994), a qual se destina a comparar amostras duas a duas, quando foi refutada a hipótese nula no teste de Friedman. Como decorre da fórmula, dois resultados serão significativamente diferentes do ponto de vista estatístico, quando as diferenças entre as somas das suas ordens for superior ao resultado da fórmula das comparações múltiplas.

Para se tornar possível a aplicação desta fórmula aos dados obtidos através do *grau de relação* (relativas ao *Questionário de avaliação de narrativas protótipo*), estes foram convertidos em valores de ordem, o que não foi naturalmente necessário com os resultados da ordenação que se puderam utilizar directamente.

Após a realização desta análise (computada em Excel e sintetizada num quadro, que a título de exemplo apresentamos no Anexo 28, com os resultados da ordenação), obtivemos os resultados que podem ser observados no Quadro 38 que se segue.

Quadro 38

Comparação dos pares de narrativas protótipo (NP) e significância estatística das diferenças, com base na fórmula das comparações múltiplas (FCM), em que para os resultados da ordenação, se obteve o valor de 28.82.

| Pares de Narrativas Protótipo (somatório dos valores de ordem) | | Diferença dos somatórios dos valores de ordem | Significância estatística |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| NPAgorafobia (160) | NPDepressão (143) | 17 | 17<28.82; N.S. |
| NPAgorafobia (160) | NPAcoolismo (141) | 19 | 19<28.82; N.S. |
| NPAgorafobia (160) | NPToxicodepen. (80) | 80 | 80>28.82; $p<.05$ |
| NPAgorafobia (160) | NPAnorexia (76) | 84 | 84>28.82; $p<.05$ |
| NPDepressão (143) | NPAcoolismo (38,5) | 2 | 2<28.82; N.S |
| NPDepressão (143) | NPToxicodepen. (80) | 63 | 63>28.82; $p<.05$ |
| NPDepressão (143) | NPAnorexia (76) | 67 | 67>28.82; $p<.05$ |
| NPAcoolismo (141) | NPToxicodepen. (80) | 61 | 61>28.82; $p<.05$ |
| NPAcoolismo (141) | NPAnorexia (76) | 65 | 65>28.82; $p<.05$ |
| NPToxicodepen. (80) | NPAnorexia (76) | 4 | 4<28.82; N.S |

Através da análise do quadro, constatamos que a identificação da amostra com a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente superior à identificação com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. Entretanto, em comparação com as narrativas da depressão e do alcoolismo, as diferenças não são estatisticamente significativas. Por outras palavras, os sujeitos da amostra apenas discriminam, em termos de identificação pessoal, a narrativa da agorafobia das da toxicodependência e da anorexia, não diferenciando de modo significativo as da depressão e do alcoolismo. Note-se, aliás, que esta indiferenciação entre a depressão e o alcoolismo é ainda reforçada pelo resultado de inexistência de diferenças significativas entre si. Entretanto, também as diferenças de identificação entre a narrativa da toxicodependência e a da anorexia não são estatisticamente significativas, constituindo, estas duas, como que um pólo de fraca identificação.

Quanto aos resultados obtidos através da avaliação do grau de relação, verificámos que as diferenças estatisticamente significativas se situam exactamente entre os mesmos pares de narrativas, pelo que não

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

sugerem qualquer comentário adicional.

Em síntese, no que diz respeito à hipótese equacionada em torno da narrativa protótipo da agorafobia, verificámos que se confirma a superioridade de identificação com esta em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia, mas não relativamente às da depressão e do alcoolismo.

3.3.2.2 Relação entre os resultados da ordenação e os resultados do grau

Tendo em consideração a convergência de resultados quanto à significância das diferenças de ordens médias entre os diversos pares de narrativas, interessava clarificar a relação existente entre as identificações dos sujeitos através da ordenação e da quantificação do grau, uma vez que ambas se propunham a medir o mesmo. Para este estudo seleccionamos apenas a identificação com a narrativa da agorafobia, começando por analisar o cruzamento das duas variáveis, identificação com a agorafobia de acordo com o lugar na ordenação que lhe foi atribuído e grau de relação com a narrativa da agorafobia numa escala de 1 a 5, tal como se pode observar no Quadro 39 a seguir apresentado.

Quadro 39
Distribuição da amostra no cruzamento dos resultados da ordenação, com o grau de relação atribuído à narrativa protótipo da agorafobia.

| | | Grau de relação com a NP da Agorafobia | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|---------|---------------|---------------|-------|
| | | Alguma relação | Relação | Muita relação | Total relação | Total |
| Ordem atribuída à NP da Agorafobia | Identificação em 4ºlugar | 3 | 3 | 0 | 0 | 6 |
| | Identificação em 3ºlugar | 1 | 4 | 1 | 0 | 6 |
| | Identificação em 2ºlugar | 2 | 3 | 4 | 1 | 10 |
| | Máxima identificação | 1 | 4 | 7 | 6 | 18 |
| | Total | 7 | 14 | 12 | 7 | 40 |

A leitura do quadro permite verificar que existe uma tendência global para a correspondência directa entre os valores da ordenação e do grau. No entanto, ressalta que, dos 18 casos em que os sujeitos colocaram a narrativa da agorafobia em primeiro lugar, como aquela com que mais

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

se identificavam entre as cinco, uma grande parte (7 sujeitos) atribuiu-lhe apenas o grau 4 ("muita relação") de relação consigo, e outros 5 sujeitos, graus ainda inferiores. Torna-se também visível que quando os valores da ordenação e do grau não correspondem, na maior parte dos casos são situações em que o grau atribuído foi inferior ao lugar de identificação estabelecido para a narrativa.

No sentido de quantificar a relação entre as duas variáveis, calculámos o coeficiente de correlação de Spearman, tendo-se obtido uma correlação positiva altamente significativa ($r_{sp} = .56$, $p < .001$) entre as respostas dos sujeitos através da ordenação da identificação com as diversas narrativas protótipo e através da atribuição de um grau de relação com cada uma delas. Isto significa que valores elevados nos resultados da ordenação estão associados a valores elevados nos resultados do grau, assegurando-nos da forte associação entre ambas as variáveis.

Com efeito, tendo em consideração que as variáveis da ordenação e do grau de identificação estão associadas, considerámos preferível passar a usar apenas uma delas nas análises posteriores, de modo a evitar a realização de terapias estatísticas redundantes. Para esse efeito, optámos por passar a utilizar apenas os resultados da ordenação, já que fornecem dados ligeiramente mais expressivos de discriminação entre as narrativas.

3.3.2.3 Validação divergente de subamostras definidas com base em variáveis descritivas da amostra

A seguir, emergiu a expectativa de aprofundar o nosso conhecimento sobre os resultados da identificação, especificamente quanto à possibilidade de se diferenciarem sub-grupos da amostra a eles associados. A ideia consiste em explorar a hipótese de encontrar determinadas variáveis descritivas inerentes a determinados padrões de identificação com as narrativas. Por outras palavras, trata-se de aprofundar o nosso conhecimento sobre a possibilidade de determinadas características e aspectos do funcionamento dos sujeitos, terem

condicionado as escolhas que se fizeram ao nível das identificações, diferenciando sub-grupos entre eles.

Neste sentido, desenvolvemos um conjunto de análises da validação divergente efectuada por sub-grupos de sujeitos, definidos com base em variáveis descritivas da amostra. Com efeito, passaremos a propor a análise dos resultados da ordenação, em função de variáveis demográficas, de diagnóstico, da história do problema e dos marcadores desenvolvimentais que consideramos sugestivas de uma eventual influência nos resultados da identificação. Mais especificamente, implicámos nesta análise quase todas as variáveis disponíveis e que são as seguintes: (1) sexo, (2) idade, (3) habilitações, (4) nível sócio-económico, (5) co-morbilidade, (6) fase da terapia, (7) início da perturbação, (8) acontecimentos significativos prévios à perturbação, (9) grau de interferência da perturbação, (10) tipo de evolução da perturbação, (11) existência de perturbações em familiares, (12) factor *aceitação-afecto* pais, (13) factor *rejeição-abandono* pais, (14) factor *sobreprotecção* pais, (15) factor *dependência*, (16) factor *rejeição-hiper-responsabilidade*, (17) factor *abandono-isolamento*, (18) factor *perda pais*, (19) factor *doença pais*, (20) factor *ausência pais*, (21) factor *dependente*, (22) factor *evitante*, (23) factor *hipervigilante*, (24) factor *sinalização obsessão*, (25) identificações atribuídas pelos significativos. Para averiguar a existência de diferenças significativas entre a ordem média da identificação com as diversas narrativas, utilizámos para cada subamostra os procedimentos seguidos para a amostra global e que consistiram na aplicação do teste de Friedman, seguida da fórmula das comparações múltiplas. Os resultados da validade divergente das subamostras serão sintetizados em quadros; concretamente a comparação dos pares de narrativas protótipo e significância estatística das diferenças entre elas, com base no resultado da fórmula das comparações múltiplas, irá figurar em quadros, embora de forma mais compactada do que a observada no Quadro 38 anteriormente apresentado, de modo a facilitar uma leitura comparada das subamostras. Com efeito, cada um dos quadros relativos à validade divergente passará a incluir a seguinte informação: (1) em

coluna as narrativas protótipo das perturbações, por ordem decrescente do valor da sua ordem média; (2) à frente de cada narrativa protótipo surge, em parêntesis, o somatório dos valores de ordem respectivos, seguido da diferença em relação ao somatório dos valores de ordem obtido pela narrativa protótipo da agorafobia; (3) o resultado do X^2 de Friedman e respectiva significância; (4) o resultado da fórmula de comparações múltiplas (FCM), com base no qual se poderá avaliar se a diferença entre os somatórios dos valores de ordem de duas narrativas (expresso no lado direito do parêntesis) é significativa, o que corresponde a assumir um valor superior ao resultado da FCM; (5) em itálico assinalamos a narrativa protótipo da agorafobia que ocupa para nós um lugar central na análise; (6) em negro, colocamos as narrativas cuja diferença de identificação com a da agorafobia é significativa⁶.

A leitura dos resultados será focalizada naqueles que dizem directamente respeito à narrativa protótipo da agorafobia, em virtude da sua particular pertinência no contexto desta investigação.

(1) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Sexo

Tomando em consideração homens e mulheres separadamente, os resultados da validação divergente que obtivemos, encontram-se sintetizados no Quadro 40 na página a seguir apresentado.

⁶ Estes conteúdos irão vigorar em todos os quadros de validade deste estudo e dos seguintes, embora não sejam explicitados nos respectivos títulos, dada a extensão da informação.

Quadro 40

Resultados da Validação Divergente separadamente por Sexo⁷.

| Sexo Masculino <i>n</i> = 19 | Sexo Feminino <i>n</i> = 21 |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (82) | <i>NP Dep</i> (80 / -2) |
| <i>NP Dep</i> = <i>NPAlc</i> (63 / 19) | <i>NP Ago</i> = <i>NP Alc</i> (78) |
| <i>NP Dep</i> = <i>NPAlc</i> (63 / 19) | <i>NP Ago</i> = <i>NP Alc</i> (78) |
| <i>NP Tox</i> (46 / 36) | <i>NP Ano</i> (45 / 33) |
| <i>NP Ano</i> (31 / 51) | <i>NP Tox</i> (34 / 44) |
| $\chi^2(4) = 32.45, p < .001$ | $\chi^2(4) = 36.27, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 20.45 | <i>FCM</i> = 21.35 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, consoante entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A análise deste quadro salienta que o padrão de resultados obtido na subamostra masculina é praticamente idêntico ao da amostra global, com excepção da narrativa protótipo do alcoolismo que naquela se encontrava em terceiro lugar e agora surge com o mesmo resultado que a narrativa da depressão. Para o sub-grupo masculino da amostra, a narrativa protótipo da agorafobia surge em primeiro lugar, o que não acontece na subamostra feminina, em que aparece em segundo e com valor equivalente ao da narrativa do alcoolismo. Também a ordem média das identificações com as narrativas da toxicodependência e da anorexia surgem trocadas nas duas subamostras, sendo que, para o grupo masculino, é maior a identificação com a narrativa da toxicodependência e, para o grupo feminino, com a da anorexia. Quanto à significância das diferenças, observa-se que os resultados das comparações múltiplas em relação à narrativa protótipo da agorafobia são idênticos nos dois sexos e aos da amostra em geral, mostrando diferenças significativas apenas com as narrativas da toxicodependência e da anorexia.

⁷ Optamos por títulos sincréticos que destacam a variável descrita da amostra em foco, encontrando-se em nota os conteúdos necessários à leitura do quadro, apresentação que passaremos a seguir em todas as situações que se referem a esta temática.

(2) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com a Idade

Para analisar a validação realizada por sujeitos de diferentes faixas etárias, agrupamos a variável idade em três categorias que reflectem, por um lado a conglomeração da amostra em torno de certas idades e, por outro lado, mantêm uma distribuição relativamente equilibrada quanto ao número de sujeitos em cada grupo. Os resultados obtidos constam do Quadro 41.

Quadro 41

Resultados da Validação Divergente separadamente por Idade.

| 17- 27 anos <i>n</i> = 14 | 28 - 38 anos <i>n</i> = 16 | 39 - 58 anos <i>n</i> = 10 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| NP Dep (55 / -5) | <i>NP Ago</i> (68) | <i>NP Ago</i> (42) |
| NP Alc (51 / -1) | NP Dep (56 / 12) | NP Alc (35 / 7) |
| <i>NP Ago</i> (50) | NP Alc (55 / 13) | NP Dep (32 / 10) |
| NP Ano (51 / 20) | NP Tox (35 / 33) | NP Tox (21 / 21) |
| NP Tox (51 / 26) | NP Ano (26 / 42) | NP Ano (20 / 22) |
| $\chi^2(4) = 22.34, p < .001$ | $\chi^2(4) = 29.15, p < .001$ | $\chi^2(4) = 14.16, p < .01$ |
| FCM = 17.80 | FCM = 18.68 | FCM = 15.67 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxic dependência e anorexia, respectivamente;

(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;

(3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;

(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A observação do quadro permite verificar que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente superior à registada com as narrativas da toxic dependência e da anorexia, nos três grupos. Entretanto, enquanto que para os grupos de idade intermédia e idade mais elevada se observa uma tendência para a identificação com a narrativa da agorafobia ser superior em relação a todas as restantes (e obtém um valor de ordem média superior a quatro), no grupo de sujeitos mais novos esta surge apenas em terceiro lugar (embora os valores das ordens médias das três narrativas mais escolhidas sejam muito próximos, superiores a três e meio e inferior a quatro, pelo que sugere quase não haver diferenciação).

3) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com as Habilitações Literárias

A seguir, exploramos o efeito das habilitações literárias nas identificações, dada a nossa inquietação quanto à sua interferência nos resultados, em virtude da exigência intelectual subjacente à tarefa proposta. Utilizámos na análise esta variável transformada em três grupos, respectivamente, os correspondentes ao ensino básico, secundário e médio ou superior. Os resultados obtidos constam do Quadro 42.

Quadro 42

Resultados da Validação Divergente separadamente por Habilitações Literárias.

| $\leq 9^{\circ}$ ano <i>n</i> = 13 | $\geq 10^{\circ}$ e $\leq 12^{\circ}$ ano <i>n</i> = 12 | $> 12^{\circ}$ ano <i>n</i> = 15 |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (52) | NP Dep = NP Alc (43 / -2) | <i>NP Ago</i> (67) |
| NP Alc (49 / 3) | NP Dep = NP Alc (43 / -2) | NP Dep (54 / 13) |
| NP Dep (46 / 6) | <i>NP Ago</i> (41) | NP Alc (49 / 18) |
| NP Tox (27 / 25) | NP Ano (29 / 12) | NP Tox (29 / 38) |
| NP Ano (21 / 31) | NP Tox (24 / 17) | NP Ano (26 / 41) |
| $\chi^2(4) = 24.19, p<.001$ | $\chi^2(4) = 10.53, p<.05$ | $\chi^2(4) = 31.95, p<.001$ |
| <i>FCM</i> = 17.09 | <i>FCM</i> = 17.45 | <i>FCM</i> = 15.67 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Da leitura do quadro sobressai a diferença estatisticamente significativa entre a identificação com a narrativa da agorafobia e a do alcoolismo, na subamostra de sujeitos com mais do 12º ano de escolaridade. Neste grupo, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia é superior a todas as outras, e a diferença apenas não é significativa em relação à narrativa da depressão.

Os sujeitos com habilitações ao nível do ensino secundário mostram tendência para uma maior identificação com as narrativas da depressão e do alcoolismo, do que com a da agorafobia, embora nenhuma das diferenças em relação à agorafobia seja estatisticamente significativa, o que apenas acontece entre as da depressão e do alcoolismo com a

toxicodependência. Este resultado sugere a ausência de um padrão bem definido de identificações neste grupo, parecendo as escolhas estar bastante dispersas pelas diversas narrativas.

Os sujeitos cujas habilitações se integram no ensino básico, apresentam uma distribuição de identificações semelhante à da amostra global, sendo que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é sempre superior, embora a diferença com as outras narrativas só seja significativa em relação à toxicodependência e à anorexia.

Em síntese, constatamos que os sujeitos cujo mapa de identificações sugere uma maior discriminação das narrativas são os que têm uma formação de nível superior, seguidos dos que têm uma formação de ensino básico e, em último lugar, dos de formação secundária. Com efeito, não parece, de modo algum, existir uma relação linear entre o nível de habilitações e a capacidade dos sujeitos se envolverem na tarefa de diferenciação das narrativas, tal como se poderia temer.

(4) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com Nível Sócio-Económico

Tendo em conta sub-grupos da amostra definidos com base na variável relativa ao nível sócio-económico, característica demográfica habitualmente explorada e aqui transformada em três categorias, respectivamente, baixo (4 e 5 do Graffar), médio (3 do Graffar) e alto (1 e 2 do Graffar), e obtivemos os resultados que constam do Quadro 43.

Quadro 43

Resultados da Validação Divergente separadamente por Nível Sócio-Económico (NSE).

| NSE Baixo <i>n</i> = 12 | NSE Médio <i>n</i> = 11 | NSE Elevado <i>n</i> = 17 |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <i>NP Ago</i> = <i>NP Dep</i> (45) | <i>NP Alc</i> (44 / -1) | <i>NP Ago</i> (72) |
| <i>NP Ago</i> = <i>NP Dep</i> (45) | <i>NP Ago</i> (43) | <i>NP Dep</i> (62 / 10) |
| <i>NP Alc</i> (43 / 2) | <i>NP Dep</i> (36 / 7) | <i>NP Alc</i> (54 / 18) |
| <i>NP Tox</i> (27 / 18) | <i>NP Ano</i> (22 / 21) | <i>NP Ano</i> (34 / 38) |
| <i>NP Ano</i> (20 / 25) | <i>NP Tox</i> (20 / 23) | <i>NP Tox</i> (33 / 33) |
| $\chi^2(4) = 18.27, p<.01$ | $\chi^2(4) = 18.91, p<.01$ | $\chi^2(4) = 27.86, p<.001$ |
| <i>FCM</i> = 16.82 | <i>FCM</i> = 15.98 | <i>FCM</i> = 19.43 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A partir da leitura do quadro verificamos que a ordem média de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é, para as três subamostras, significativamente superior aos valores da identificação com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. Entretanto, a diferença em relação às ordens médias da depressão e do alcoolismo não é estatisticamente significativa. A tendência para a identificação com a narrativa da agorafobia ser superior a estas duas, observa-se claramente no grupo correspondente ao nível sócio-económico mais elevado; no nível mais baixo também surge a narrativa da agorafobia em primeiro lugar, embora equiparada à depressão; no nível médio, aparece em segundo lugar após a narrativa do alcoolismo. Como seria de esperar, estes resultados decalcam praticamente os obtidos em relação às habilitações, sendo nos grupos extremos que figura a tendência para valores mais elevados de identificação com a agorafobia.

(5) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com a Co-morbilidade

A nível do diagnóstico elegemos como uma das temáticas a explorar a co-morbilidade, já que a existência de agorafobia no Eixo I é muito frequente, tornando pertinente saber se essa situação diagnóstica

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

apresentaria diferenças no plano das identificações narrativas do sujeito, nomeadamente elevando a relação com a narrativa correspondente ao seu segundo diagnóstico. O mesmo tipo de interesse colocava-se em relação à sobreposição com a morbilidade do Eixo II, a qual nos permitira ainda abordar a questão da noção de narrativa protótipo corresponder mais a lógica de perturbação da personalidade do que de perturbações do Eixo I. Passaremos a apresentar os resultados separadamente para a co-morbilidade no Eixo I e no Eixo II, encontrando-se no Quadro 44 aqueles que dizem respeito ao Eixo I.

Quadro 44

Resultados da Validação Divergente separadamente para os sujeitos com e sem Co-morbilidade no Eixo I.

| Co-morbilidade no Eixo I <i>n</i> = 11 | Sem Co-morbilidade no Eixo I <i>n</i> = 29 |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (41) | <i>NP Ago</i> (119) |
| NP Dep = NP Alc (38 / 3) | NP Dep (105 / 14) |
| NP Dep = NP Alc (38 / 3) | NP Alc (103 / 16) |
| NP Tox (28 / 13) | NP Ano (56 / 63) |
| NP Ano (20 / 21) | NP Tox (52 / 67) |
| $X^2(4) = 11.20, p < .05$ | $X^2(4) = 52.28, p < .001$ |
| FCM = 16.65 | FCM = 24.56 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
 (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
 (3) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
 (4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Da leitura do quadro sobressai o facto de, apesar da superioridade de identificação com a narrativa da agorafobia em ambos os grupos, nos sujeitos com co-morbilidade, a diferença desta com as restantes apenas é significativa em relação à narrativa da anorexia. Também a identificação com a narrativa do alcoolismo surge tendencialmente mais elevada, a par da depressão, do que no grupo sem co-morbilidade. Relembre-se que a co-morbilidade era substancialmente com depressão e num caso com alcoolismo, o que poderá ter contribuído para uma maior identificação com as respectivas narrativas.

Quanto à existência de perturbações da personalidade registam-

se no Quadro 45 os resultados obtidos e o seu confronto com os sujeitos sem co-morbilidade no Eixo II.

Quadro 45
Resultados da Validação Divergente separadamente para os sujeitos com e sem co-morbilidade no Eixo II.

| Co-morbilidade no Eixo II <i>n</i> = 9 | Sem Co-morbilidade no Eixo II <i>n</i> = 31 |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| NP Alc (41 / -12) | <i>NP Ago</i> (131) |
| NP Dep (30 / -1) | NP Dep (113 / 18) |
| <i>NP Ago</i> (29) | NP Alc (100 / 31) |
| NP Tox (18 / 11) | NP Tox (62 / 69) |
| NP Ano (17 / 12) | NP Ano (59 / 72) |
| $\chi^2(4) = 17.33, p < .01$ | $\chi^2(4) = 51.74, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 14.58 | <i>FCM</i> = 25.57 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O *negro* destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A partir da leitura do quadro, verificámos que nos sujeitos com co-morbilidade no Eixo II a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia não é significativamente diferente da identificação com qualquer outra, ou seja, identificam-se globalmente do mesmo modo com todas elas. Em contraste, os sujeitos sem perturbação de personalidade identificam-se significativamente mais com a narrativa da agorafobia do que com as restantes, com excepção apenas para narrativa da depressão, em que a diferença não é significativa. Entretanto, quando calculámos as ordens médias para o grupo de sujeitos com co-morbilidade exclusivamente no Eixo II (excluindo os de co-morbilidade mista) observámos que o perfil de diferenças significativas é exactamente equivalente ao apresentado, não se registando qualquer significância estatística em relação identificação com a narrativa da agorafobia. Também quando analisámos os resultados para o grupo de co-morbilidade mista (*n*=4) verificámos que não existiam diferenças significativas na identificação com as diversas narrativas.

Em suma, os sujeitos com qualquer tipo de co-morbilidade

manifestam menor diferenciação na sua identificação com as diversas narrativas, manifestando tendência para uma maior identificação com todas elas. De facto, a análise das ordens médias dos totais de identificação, segundo o grau, revela que na co-morbilidade a nível do Eixo I assiste-se a um aumento das médias de identificação com as narrativas protótipo da depressão e da toxicodependência quando comparadas com as médias da amostra global. A nível do Eixo II o aumento das médias verifica-se em relação a todas as narrativas protótipo (com excepção da narrativa da agorafobia que se mantém), comprovando a tendência para uma maior identificação com todas elas, dado que o valor menor corresponde a uma relação de grau dois ("alguma relação com a minha vida") e as três narrativas da agorafobia, depressão e alcoolismo correspondem em média a uma identificação entre três e quatro, o que equivale a ter relação ou muita relação com a vida. Aliás, a narrativa do alcoolismo surge com a ordem média máxima de 4.6 o que nos parece bastante sugestivo, dado o seu carácter um tanto híbrido entre a da depressão e da agorafobia. Clarificamos, assim, que a tendência dos sujeitos com co-morbilidade associada à falta de diferenciação nas identificações, não tem a ver com uma fraca identificação com qualquer das narrativas mas, pelo contrário, com alguma identificação com todas elas.

(6) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com Fase da Terapia

Quanto à validação divergente efectuada pelas três subamostras definidas com base na fase da terapia em que os sujeitos se encontram, despistando com esta a influência da terapia na construção narrativa, os resultados obtidos encontram-se no Quadro 46 apresentado em seguida.

Quadro 46

Resultados da Validação Divergente separadamente por Fase da Terapia.

| Fase Inicial <i>n</i> = 8 | Fase Intermédia <i>n</i> = 25 | Fase Final <i>n</i> = 7 |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (33) | <i>NP Ago</i> (96) | <i>NP Ago</i> (31) |
| NP Dep = NP Alc (29 / 4) | NP Alc (89 / 7) | NP Dep (27 / 4) |
| NP Dep = NP Alc (29 / 4) | NP Dep (87 / 9) | NP Alc (23 / 8) |
| NP Tox (16 / 17) | NP Tox (54 / 42) | NP Ano (14 / 17) |
| NP Ano (13 / 20) | NP Ano (49 / 47) | NP Tox (10 / 21) |
| $\chi^2(4) = 15.80, p < .01$ | $\chi^2(4) = 30.37, p < .001$ | $\chi^2(4) = 17.71, p < .01$ |
| FCM = 13.88 | FCM = 23.68 | FCM = 12.72 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Quando adoptámos para a constituição dos grupos a variável da fase do terapia, constatámos que relativamente à narrativa protótipo da agorafobia o mapa de diferenças de identificação estatisticamente significativas é exactamente o mesmo nas três fases de terapia, inicial, intermédia e final, situando-se entre esta e as narrativas protótipo da toxicod dependência e da anorexia. Entretanto, ressalta na observação do quadro que a identificação com a narrativa da agorafobia é sempre a que apresenta uma ordem média superior (tendo inclusive atingido valores superiores a quatro nas fases inicial e final, e em torno dos três na fase intermédia). Relativamente às narrativas da depressão e do alcoolismo verifica-se que, na fase inicial, obtêm o mesmo resultado, na intermédia é maior a identificação com alcoolismo e na final passa a ser com a depressão.

(7) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Tempo de Duração da Perturbação

A seguir, centrámo-nos na entrevista sobre a história da perturbação, para eleger algumas variáveis, com base nas quais definiríamos os sub-grupos de sujeitos. Assim, começámos por utilizar a variável do início da perturbação, no sentido de explorar eventuais

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

diferenciações na identificação do sujeito com as diversas narrativas, usando esta variável devidamente transformada em três categorias de duração da perturbação, respectivamente, entre 1 e 6 anos, 7 e 13 e igual ou superior a 14 anos. Os resultados quanto à validade divergente da narrativa protótipo da agorafobia, para os sujeitos desses três grupos, figuram no Quadro 47 abaixo apresentado.

Quadro 47

Resultados da Validação Divergente separadamente por Duração da Perturbação.

| Entre 1 – 6 anos <i>n</i> = 15 | Entre 7 – 13 anos <i>n</i> = 13 | Entre 14 – 44 anos <i>n</i> = 12 |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (61) | <i>NP Ago</i> (52) | <i>NP Ago</i> (47) |
| NP Dep (53 / 8) | NP Dep (49 / 3) | NP Alc (44 / 3) |
| NP Alc (52 / 9) | NP Alc (45 / 7) | NP Dep (41 / 6) |
| NP Tox (30 / 31) | NP Ano (26 / 26) | NP Tox (27 / 20) |
| NP Ano (29 / 32) | NP Tox (23 / 29) | NP Ano (21 / 26) |
| $\chi^2(4) = 22.67, p < .001$ | $\chi^2(4) = 22.46, p < .001$ | $\chi^2(4) = 17.20, p < .01$ |
| <i>FCM</i> = 18.47 | <i>FCM</i> = 17.24 | <i>FCM</i> = 16.91 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
 (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
 (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
 (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A leitura do quadro permite constatar que a distribuição das diferenças significativas, em relação à narrativa da agorafobia, é a mesma nos três grupos de sujeitos e comum com a da amostra global. Assim, a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é superior em relação a todas as outras, com diferenças, significativas em relação às identificações com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. O mapa de distribuição das ordens médias é também praticamente semelhante, sendo apenas a nível do segundo grupo que se observam alterações. Estas consistem numa identificação maior com a anorexia do que com a toxicodependência.

(8) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com Acontecimentos Significativos prévios à emergência da perturbação

A hipótese de que o acontecimento apresentado nas narrativas

tivesse um forte impacto na identificação do sujeito, nomeadamente por associação a acontecimentos considerados críticos no período anterior à emergência da perturbação, levou-nos a explorar a validação realizada pelos sujeitos que tinham referido a existência de determinados tipos de acontecimentos. Para esse efeito agrupámos as variáveis relativas aos 16 acontecimentos referidos (excluindo a correspondente a “outros acontecimentos”) em quatro grandes categorias temáticas: os acontecimentos relacionados com separações, com perdas, com stress e com problemas/conflitos diversos. Assim, os resultados apresentados por cada um destes grupos figuram no Quadro 48 que se observa em seguida.

Quadro 48

Resultados da Validação Divergente separadamente por Acontecimentos Significativos.

| Separções <i>n</i> = 19 | Perdas <i>n</i> = 10 | Stress <i>n</i> = 15 | Problemas <i>n</i> = 20 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (81) | <i>NP Ago</i> (41) | <i>NP Ago</i> (63) | <i>NP Ago</i> = <i>NP Alc</i> (75) |
| <i>NP Alc</i> (66 / 15) | <i>NP Alc</i> = <i>NP Dep</i> (37/4) | <i>NP Alc</i> (57 / 6) | <i>NP Ago</i> = <i>NP Alc</i> (75) |
| <i>NP Dep</i> (63 / 18) | <i>NP Alc</i> = <i>NP Dep</i> (37/4) | <i>NP Dep</i> (47 / 16) | <i>NP Dep</i> (70 / 5) |
| <i>NP Tox</i> (39 / 42) | <i>NP Tox</i> (19 / 22) | <i>NP Ano</i> (30 / 33) | <i>NP Ano</i> (41 / 34) |
| <i>NP Ano</i> (36 / 45) | <i>NP Ano</i> (16 / 25) | <i>NP Tox</i> (28 / 35) | <i>NP Tox</i> (39 / 36) |
| $\chi^2(4)=30.70, p<.001$ | $\chi^2(4)=21.44, p<.001$ | $\chi^2(4)=26.29, p<.001$ | $\chi^2(4)=27.04, p<.001$ |
| <i>FCM</i> = 20.50 | <i>FCM</i> = 14.99 | <i>FCM</i> = 18.20 | <i>FCM</i> = 21.33 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Da análise do quadro, concluiu-se que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia recebe o protagonismo principal, independentemente do acontecimento referido por um determinado grupo de sujeitos, destacando uma diferença significativa com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. Entretanto note-se, no grupo que refere *perdas*, a tendência subtil para uma maior identificação com a narrativa da depressão, igualando a ordem média do alcoolismo e colocando-se a seguir à da agorafobia, enquanto que nos outros três grupos surge apenas em terceiro lugar. A leitura integral dos dados, incluindo, para cada um destes grupos, o contraste com os sujeitos que não indicaram o respectivo

acontecimento, revelou nessas subamostras uma maior identificação com a depressão do que com o alcoolismo. Especificamente, em relação a quem não referiu separações, a ordem média de identificação com a narrativa do alcoolismo é mais elevada do que com a narrativa da agorafobia, (embora a diferença não seja estatisticamente significativa) pelo que estas parecem ter sido um elemento importante na sensibilidade à situação de separação mencionada na respectiva narrativa. De qualquer modo, os dados obtidos não sugerem que os acontecimentos que estiveram na base do despoletar da sintomatologia da perturbação, tenham interferido no reconhecimento da narrativa da agorafobia como a mais associada à vida destes sujeitos.

(9) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Grau de Interferência da Perturbação

Assumindo agora o grau de interferência da perturbação para definição das subamostras, explorando até que ponto com uma maior ou menor gravidade sintomática os sujeitos discriminam mais ou menos a sua identificação com a narrativa da agorafobia, observe-se os resultados da validade divergente segundo estes grupos no Quadro 49 abaixo exposto.

Quadro 49

Resultados da Validação Divergente por Grau de Interferência da Perturbação.

| Leve <i>n</i> = 2 | Moderada <i>n</i> = 17 | Severa <i>n</i> = 11 | Muito Severa <i>n</i> = 10 |
|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (10) | <i>NP Ago</i> (73) | <i>NP Ago</i> (45) | <i>NP Alc</i> (43 / -11) |
| <i>NP Dep</i> (8 / 2) | <i>NP Dep</i> (58 / 15) | <i>NP Alc</i> (40 / 5) | <i>NP Dep</i> (30 / -7) |
| <i>NP Alc</i> = <i>NP Ano</i> (5/5) | <i>NP Alc</i> (53 / 20) | <i>NP Dep</i> (38 / 7) | <i>NP Ago</i> (32) |
| <i>NP Alc</i> = <i>NP Ano</i> (5/5) | <i>NP Ano</i> (36 / 37) | <i>NP Tox</i> (25 / 20) | <i>NPTox</i> = <i>NPAno</i> (18/14) |
| <i>NP Tox</i> (2 / 8) | <i>NP Tox</i> (35 / 38) | <i>NP Ano</i> (17 / 28) | <i>NPTox</i> = <i>NPAno</i> (18/14) |
| $\chi^2(4) = 7.60, p > .1$ | $\chi^2(4) = 23.95, p < .001$ | $\chi^2(4) = 19.56, p < .01$ | $\chi^2(4) = 21.68, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 10.94 | <i>FCM</i> = 19.70 | <i>FCM</i> = 15.93 | <i>FCM</i> = 14.90 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência e anorexia, respectivamente;

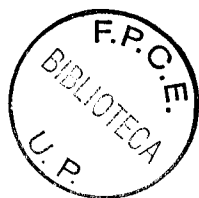
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;

(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;

(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Da leitura do quadro constata-se que quando a interferência da perturbação na vida do sujeito é leve, não há diferenças significativas na identificação com as diversas narrativas, apesar da ordem média ser de cinco, devendo-se então atender ao n muito baixo desta subamostra. Quando os sujeitos avaliam a interferência como moderada, evidencia-se que a sua identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente superior à identificação com as narrativas do alcoolismo (o que não é frequente), da toxicodependência e da anorexia. Já quando a interferência é severa, o padrão dos resultados é semelhante ao da amostra global. Finalmente, é curioso observar que no grupo com interferência da perturbação muito severa não se encontra nenhuma diferença significativa entre a identificação com qualquer das narrativas e a da agorafobia, sendo aliás, a ordem média desta inferior às do alcoolismo e da depressão (cujas identificações se diferenciam de modo estatisticamente significativo das narrativas da toxicodependência e da anorexia).

Estes resultados de um aumento de identificação com as narrativas protótipo do alcoolismo e da depressão sugerem os já encontrados a propósito da co-morbilidade, pelo que passamos a explorar a possibilidade de estarem directamente associados. Assim, constatamos que 10 (47,6%) sujeitos da amostra ($n=21$) que referem uma interferência severa ou muito severa manifestam co-morbilidade num dos Eixos ou em ambos. Especificamente, o cruzamento entre o grau de interferência e a co-morbilidade no Eixo II evidencia, segundo o qui-quadrado de Pearson, uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2(3)=11.16, p<.05$), sendo que a maioria dos sujeitos que referem uma interferência muito severa apresentam perturbação da personalidade. Por outras palavras, oito dos nove sujeitos com perturbação da personalidade referem uma interferência severa ou muito severa (e a excepção corresponde ao sujeito com perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva que considera o grau de interferência moderado).



(10) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Tipo de Evolução da Perturbação

A seguir tomamos em consideração o tipo de evolução da perturbação, na perspectiva de explorar se, de algum modo, a dificuldade de diferenciação da narrativa protótipo da agorafobia com a da depressão poderia estar particularmente associada a uma situação de agravamento ou mesmo manutenção do problema, estando a sua persistência a implicar uma sintomatologia depressiva mais pronunciada. Com base nesta variável foram definidos quatro grupos de sujeitos, cujos resultados da validação se encontram sintetizados no Quadro 50 apresentado em baixo.

Quadro 50

Resultados da Validação Divergente por Evolução da Perturbação.

| Melhorou <i>n</i> = 11 | Variável <i>n</i> = 15 | Manteve-se <i>n</i> = 5 | Agravou-se <i>n</i> = 9 |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| NP Dep (42 / -1) | <i>NP Ago</i> (57) | <i>NP Ago</i> (24) | NPAIc = NPDep (36/-6) |
| <i>NP Ago</i> (41) | NP Alc (56 / 2) | NP Alc (15 / 9) | NPAIc = NPDep (36/-6) |
| NP Alc (40 / 1) | NP Dep (55 / 1) | NP Dep = NPDep (13/11) | <i>NP Ago</i> (30) |
| NP Tox (22 / 19) | NP Tox (29 / 28) | NP Dep = NPDep (13/11) | NP Tox (17 / 13) |
| NP Ano (20 / 21) | NP Ano (28 / 29) | NP Ano (10 / 14) | NP Ano (16 / 14) |
| $\chi^2(4) = 20.29, p < .001$ | $\chi^2(4) = 24.27, p < .001$ | $\chi^2(4) = 9.12, p = .058$ | $\chi^2(4) = 17.42, p < .01$ |
| FCM = 16.10 | FCM = 18.35 | FCM = 11.98 | FCM = 14.57 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;

(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;

(3) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;

(4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Assim, constatámos que o perfil de diferenças significativas, nos casos em que a perturbação melhorou e naqueles em que tem uma evolução variável, é idêntico no que respeita à narrativa protótipo da agorafobia, sendo as diferenças estatisticamente significativas com a identificação atribuída às narrativas da toxicodependência e da anorexia. Entretanto, quando a perturbação se mantém, a única discriminação que surge significativa é entre a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia e da anorexia. E, quando o problema se agrava, a significância desta diferença desaparece, e a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia não se diferencia significativamente de nenhuma outra.

Este é também o único grupo em que a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia não é a mais elevada, surgindo apenas em terceiro lugar, após as narrativas protótipo da depressão e do alcoolismo (as quais, aliás, apresentam uma diferença significativa das narrativas da toxicodependência e da anorexia). Este resultado, a propósito do agravamento da perturbação, parece ir de encontro ao que prevíamos, podendo estar associado a uma sintomatologia depressiva resultante do próprio estado de perturbação.

(11) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com a Perturbação em Familiares

Uma outra variável que utilizámos para a definição das subamostras, consistiu na existência de familiares com a perturbação, com vista a explorar eventuais efeitos de familiaridade com os discursos das narrativas protótipo. Obtiveram-se então três grupos de sujeitos – sem familiares com perturbação, familiares com perturbações do mesmo tipo e familiares com outros tipos de perturbação -, cujos resultados da validação se encontram apresentados no Quadro 51

Quadro 51
Resultados da Validação Divergente separadamente pela Situação de Perturbação em Familiares.

| Nenhuma <i>n</i> = 11 | A mesma <i>n</i> = 14 | Outras <i>n</i> = 15 |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <i>NP Ago</i> (47) | <i>NP Ago</i> (59) | NP Alc (56 / -2) |
| NP Dep (42 / 5) | NP Dep (49 / 10) | <i>NP Ago</i> (54) |
| NP Alc (40 / 7) | NP Alc (45 / 14) | NP Dep (52 / 2) |
| NP Ano = NP Tox (18 / 29) | NP Tox (30 / 29) | NP Tox (32 / 22) |
| NP Ano = NP Tox (18 / 29) | NP Ano (27 / 32) | NP Ano (31 / 23) |
| $X^2(4) = 28.22, p<.001$ | $X^2(4) = 20.46, p<.001$ | $X^2(4) = 16.43, p<.01$ |
| <i>FCM</i> = 15.15 | <i>FCM</i> = 17.94 | <i>FCM</i> = 18.92 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A análise do quadro permite concluir que, nos casos em que não há perturbações em familiares e naqueles em que existe uma perturbação do mesmo tipo da do sujeito da amostra, a identificação com a narrativa da agorafobia é tendencialmente superior a todas as outras, enquanto que, quando existe outro tipo de perturbações, a identificação com a narrativa do alcoolismo é superior à indicada para agorafobia. Entretanto, em qualquer das três situações, a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é estatisticamente superior, de modo significativo, em relação às narrativas protótipo da toxicodependência e da anorexia.

(12) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Aceitação-Afecto Pais (PAMaDeP)

Um outro conjunto de variáveis que explorámos quanto à eventual existência de diferenças no padrão de escolhas identificatórias dos sujeitos com as diversas narrativas, correspondeu aos factores construídos no *Protocolo de Marcadores do Desenvolvimento na Psicopatologia* (PAMaDeP). Na análise dos dados destes questionários, haviam ressaltado basicamente três perfis, um de sujeitos que não assinalam dificuldades, outro mais associado ao abandono-rejeição e outro à sobreprotecção e dependência, correspondendo estes dois últimos a ontogéneses sugeridas por Guidano (1992) a propósito da organização fóbica de significados, pelo que seria pertinente explorar como procediam quanto ao leque de identificações solicitado. Interessava-nos, pois, aprofundar o conhecimento sobre o modo como os sujeitos com diferentes indicadores quanto à sua percepção das relações de vinculação e percepção do seu funcionamento, no passado, se identificavam com a narrativa protótipo da agorafobia. Com efeito, passaremos a apresentar os resultados da validação divergente obtidos por grupos de valores contrastantes em cada um dos 13 factores identificados.

Para tornar possível esta análise, categorizámos cada um dos factores em três grupos, respectivamente *baixo*, *médio* e *elevado*, de acordo com as pontuações obtidas e remetendo para o grau de existência

dos factores. Mais concretamente, definimos como grupo de valores baixos os resultados de determinado factor incluídos no intervalo relativo à soma de 1 ou 2 (opções de desacordo em relação ao item, ou seja, que apontam para a sua não pertinência para aquele sujeito) em todos os itens que compõem o respectivo factor. O grupo com valores elevados corresponde àqueles cujos resultados no factor se enquadra no intervalo relativo à soma de 3 ou 4 (opções de acordo em relação ao item) de todos os itens que compõem esse factor. O grupo de valores médios corresponde aos resultados intermédios entre os dois outros grupos e que equivale a situações em que os sujeitos terão negado alguns dos itens que integram o factor e confirmado outros. Assim, o significado destes grupos é o seguinte: “baixo” – ausência do factor; “médio” – presença moderada do factor; “elevado” – presença marcada do factor. Constituímos os grupos de sujeitos a partir do somatório dos valores obtidos nos itens que compõem cada um dos factores. No caso dos factores compostos por um só item ou relativos a experiências factuais, constituímos apenas duas categorias, respectivamente de presença ou ausência do tema.

Começaremos pelos factores relativos ao questionário *Forma Mãe* e *Forma Pai* que, por serem os mesmos e, no mapa de correlações atrás estudado, se apresentarem sempre com tendência para uma correlação positiva entre mãe e pai (embora geralmente não significativa), optámos por tratar os factores juntando os resultados obtidos nas duas formas e passando a considerá-los no plural, como resultado “pais”.

Assim, para o *factor da aceitação-afecto dos pais*, os resultados obtidos pelos três grupos encontram-se no Quadro 52 que apresentamos à direita.

A apreciação do quadro demonstra que a tendência para uma maior identificação com a narrativa protótipo da agorafobia se expressa de diferentes modos nos vários grupos. Enquanto que para o grupo com valores mais baixos a diferença da identificação com as restantes narrativas não é significativa, no grupo com resultados médios tal já sucede com as narrativas da toxicodependência e da anorexia e no grupo de valores mais elevados apenas com a narrativa da anorexia.

Quadro 52
Resultados da Validação Divergente no *Factor Aceitação-Afecto Pais*.

| Baixo <i>n</i> = 4 | Médio <i>n</i> = 28 | Elevado <i>n</i> = 8 |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <i>NP Ago</i> (17) | <i>NP Ago</i> (112) | <i>NP Ago</i> (31) |
| NP Dep (14 / 3) | NP Dep (103 / 9) | NP Alc (27 / 4) |
| NP Alc (12 / 5) | NP Alc (102 / 10) | NP Dep (26 / 5) |
| NP Tox (10 / 7) | NP Ano (55 / 57) | NP Tox (22 / 9) |
| NP Ano (7 / 10) | NP Tox (48 / 64) | NP Ano (14 / 17) |
| $\chi^2(4) = 5.80, p>.1$ | $\chi^2(4) = 51.51, p<.001$ | $\chi^2(4) = 8.30, p=.08$ |
| <i>FCM</i> = 11.64 | <i>FCM</i> = 24.10 | <i>FCM</i> = 14.67 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

(13) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o *Factor Rejeição-Abandono Pais* (PAMaDeP)

Um outro factor diz respeito à *rejeição-abandono dos pais*, no qual não encontrámos valores para o grupo elevado, restando apenas os grupos baixo e médio, de cujos resultados nos podemos apropriar pela leitura do Quadro 53.

Quadro 53
Resultados da Validação Divergente no *Factor Rejeição-Abandono Pais*.

| Baixo <i>n</i> = 17 | Médio <i>n</i> = 23 |
|----------------------------|-----------------------------|
| <i>NP Ago</i> (66) | <i>NP Ago</i> (94) |
| NP Dep (60 / 6) | NP Alc (85 / 9) |
| NP Alc (56 / 10) | NP Dep (83 / 11) |
| NP Tox (41 / 25) | NP Ano (44 / 50) |
| NP Ano (32 / 34) | NP Tox (39 / 55) |
| $\chi^2(4) = 18.64, p<.01$ | $\chi^2(4) = 45.25, p<.001$ |
| <i>FCM</i> = 20.05 | <i>FCM</i> = 21.97 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Tal como o quadro sugere, a distribuição das ordens médias de identificação é bastante semelhante nos dois grupos, encimada pela narrativa da agorafobia, a qual estabelece diferenças significativas com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. A única diferença nestas distribuições aponta para uma maior identificação com a narrativa do alcoolismo do que com a da depressão nos casos em que há índices médios de rejeição-abandono.

(14) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Sobreprotecção Pais (PAMaDeP)

Quanto à sobreprotecção por parte dos pais na infância, encontramos apenas um sujeito com valores pertencentes ao grupo elevado, o qual atribuía identificação máxima à identificação com a narrativa da agorafobia. Assim, também temos apenas os grupos baixo e médio, cujos resultados figuram no Quadro 54 seguidamente apresentado.

Quadro 54
Resultados da Validação Divergente no Factor Sobreprotecção Pais.

| Baixo <i>n</i> = 16 | Médio <i>n</i> = 24 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (62) | <i>NP Ago</i> (95) |
| NP Dep (59 / 3) | NP Alc (90 / 5) |
| NP Alc (47 / 15) | NP Dep (79 / 16) |
| NP Ano (29 / 33) | NP Tox (50 / 45) |
| NP Tox (28 / 34) | NP Ano (46 / 49) |
| $\chi^2(4) = 27.57, p < .001$ | $\chi^2(4) = 34.37, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 18.11 | <i>FCM</i> = 23.16 |

- Notas:** (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

O quadro apresenta uma identificação com a narrativa da agorafobia superior às restantes, assentando as diferenças significativas em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia. A sequência das ordens médias nos dois grupos é bastante próxima e exactamente

com as mesmas características da obtida no factor anterior, em que índices mais elevados correspondem a uma maior identificação com a narrativa do alcoolismo do que com a da depressão.

(15) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Dependência (PAMaDeP)

Um outro factor que utilizámos como variável para a definição das subamostras consistiu na dependência (primeiro do questionário *Quando era pequeno/a*), para o qual se diferenciaram sujeitos para um grupo de dependência elevada, um outro de dependência intermédia e um de baixa dependência, tendo-se obtido em cada um deles os resultados da validação apresentados no Quadro 55.

Quadro 55
Resultados da Validação Divergente no *Factor Dependência*.

| Baixo <i>n</i> = 14 | Médio <i>n</i> = 18 | Elevado <i>n</i> = 8 |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| NP Ago (66) | NP Alc (71 / -4) | NP Alc (34 / -7) |
| NP Dep (47 / 19) | NP Dep (68 / -1) | NP Dep (28 / -1) |
| NP Tox (38 / 28) | <i>NP Ago</i> (67) | <i>NP Ago</i> (27) |
| NP Alc (36 / 30) | NP Ano (40 / 27) | NP Tox (18 / 9) |
| NP Ano (23 / 43) | NP Tox (24 / 43) | NP Ano (13 / 14) |
| $X^2(4) = 28.97, p<.001$ | $X^2(4) = 38.89, p<.001$ | $X^2(4) = 14.10, p<.01$ |
| FCM = 17.29 | FCM = 19.33 | FCM = 14.06 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Os resultados apresentados no quadro são bastante sugestivos, pois quando a dependência é baixa, emerge um resultado raro na nossa amostra, em que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente superior à identificação com qualquer outra das narrativas. Este incremento da identificação com a narrativa da agorafobia é ainda reforçado pelo facto de, entre todos os outros pares de narrativas, as diferenças de identificação não serem significativas, (com única

excepção da diferença entre o par das narrativas da depressão e da anorexia) sugerindo que, efectivamente, aquela com que mais os sujeitos se identificam é com a da agorafobia, recebendo as outras uma ordenação relativamente aleatória. Note-se ainda a este propósito, a curiosidade de ser a primeira distribuição em que a ordem média da identificação com a narrativa protótipo da toxicodependência surgir em terceiro lugar e antes da narrativa do alcoolismo.

Quando a dependência é intermédia ou elevada, a ordem média de identificação com a agorafobia passa a constar apenas em terceiro lugar, ocupando a narrativa protótipo do alcoolismo a primeira posição (embora sem que a diferença seja significativa em relação à da agorafobia). Ainda assim, no grupo com valores intermédios, a superioridade de identificação com a narrativa da agorafobia é significativa em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia. No grupo de dependência elevada, a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia não é significativamente superior à identificação com nenhuma das outras narrativas (apenas surgem como significativas as diferenças entre a narrativa do alcoolismo com a da toxicodependência e da anorexia, bem como entre a da depressão e a da anorexia). Em suma, estes resultados sugerem que quanto menor a dependência, maior é a diferenciação nas escolhas identificatórias dos sujeitos e menor importância vai assumindo nessas escolhas a narrativa do alcoolismo.

(16) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor da *Rejeição-Hiper-responsabilidade* (PAMaDeP)

Seguindo no mesmo questionário, temos o *factor da rejeição-hiper-responsabilidade*, com base no qual definimos as três subamostras, cujos resultados da validação se encontram no Quadro 56 à direita apresentado.

Quadro 56
Resultados da Validação Divergente no *Factor Rejeição-Hiper-responsabilidade*.

| Baixo <i>n</i> = 20 | Médio <i>n</i> = 17 | Elevado <i>n</i> = 3 |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (75) | <i>NP Ago</i> (73) | <i>NP Ago</i> (12) |
| NP Dep = NP Alc (71 / 4) | NP Dep (61 / 12) | NP Dep = NP Alc (11 / 1) |
| NP Dep = NP Alc (71 / 4) | NP Alc (59 / 14) | NP Dep = NP Alc (11 / 1) |
| <i>NP Tox</i> (47 / 28) | <i>NP Ano</i> (33 / 40) | NP Ano (7 / 5) |
| <i>NP Ano</i> (36 / 39) | <i>NP Tox</i> (29 / 44) | NP Tox (4 / 8) |
| <i>X²(4) = 24.24, p<.001</i> | <i>X²(4) = 34.26, p<.001</i> | <i>X²(4) = 6.13, p>.1</i> |
| <i>FCM = 21.51</i> | <i>FCM = 18.99</i> | <i>FCM = 10.93</i> |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O *negro* destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

De acordo com os resultados patentes no quadro, observámos nos três grupos a tendência para uma identificação maior com a narrativa protótipo da agorafobia do que com qualquer das restantes narrativas. Entretanto, apenas por parte dos sujeitos dos grupos baixo e médio de rejeição–hiper-responsabilidade, se registam diferenças significativas e que residem nos pares de narrativas protótipo da agorafobia com a toxicodependência e a anorexia. No grupo de três sujeitos com valores mais elevados neste factor, não há quaisquer diferenças significativas entre as ordens médias das diversas narrativas, como aliás tende a acontecer com amostras com um número reduzido de sujeitos.

(17) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Abandono–Isolamento (PAMaDeP)

Quanto ao factor do abandono-isolamento, obtivemos para os três grupos os resultados apresentados no Quadro 57 a seguir exposto.

Quadro 57

Resultados da Validação Divergente no *Factor Abandono-Isolamento*.

| Baixo <i>n</i> = 21 | Médio <i>n</i> = 16 | Elevado <i>n</i> = 3 |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <i>NP Ago</i> (87) | NP Alc (65 / -2) | NP Dep = NP Alc (11 / -1) |
| NP Dep (76 / 11) | <i>NP Ago</i> (63) | NP Dep = NP Alc (11 / -1) |
| NP Alc (65 / 22) | NP Dep (56 / 7) | <i>NP Ago</i> (10) |
| NP Tox (48 / 39) | NP Ano (30 / 33) | NP Ano (7 / 3) |
| NP Ano (39 / 48) | NP Tox (26 / 37) | NP Tox (6 / 4) |
| $\chi^2(4) = 29.52, p < .001$ | $\chi^2(4) = 34.65, p < .001$ | $\chi^2(4) = 2.93, p > .1$ |
| FCM = 21.77 | FCM = 18.28 | FCM = 11.64 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O *negro* destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A partir da leitura do quadro, constatamos que quando não está presente a dimensão do abandono-isolamento, a discriminação da narrativa protótipo da agorafobia é maior, recebendo esta uma identificação significativamente superior em relação, não só às da toxicodependência e da anorexia, mas também à do alcoolismo. Quando a dimensão está presente com valores médios, as diferenças significativas em favor da narrativa da agorafobia passam a registar-se apenas em comparação com as narrativas da toxicodependência e da anorexia e emerge a tendência para uma maior identificação com a narrativa do alcoolismo do que com qualquer das restantes. No grupo de valores mais elevados, de novo com apenas três elementos, qualquer das diferenças deixa de ser significativa. No entanto, é curioso observar uma espécie de mudança gradual no padrão de identificação entre estes três grupos, pois se inicialmente a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é a superior, no segundo grupo passa a ser a narrativa de alcoolismo e, no terceiro, a depressão também já é superior à agorafobia, igualando o alcoolismo. Esta sucessão, e considerando que a narrativa protótipo do alcoolismo tem uma mistura de “ingredientes” das narrativas da agorafobia e da depressão, vem de encontro à associação do factor *abandono-isolamento* com as perturbações depressivas, aspecto a ser aprofundado em estudos posteriores.

(18) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Perda Pais (PAMaDeP)

Relativamente ao *factor perda pais*, dado tratar-se de um dos casos que remete para uma experiência factual, face à qual se trata de identificar se ocorreu ou não na vida dos sujeitos, foram constituídos apenas dois grupos, aquele em que o sujeito perdeu por morte um ou os dois pais quando era pequeno e o grupo de sujeitos a quem isso não aconteceu. Os resultados obtidos nessas duas subamostras encontram-se sintetizados no Quadro 58 a seguir observável.

Quadro 58
Resultados da Validação Divergente no Factor Perda Pais.

| Sim <i>n</i> = 2 | Não <i>n</i> = 38 |
|-------------------------|----------------------------|
| NP Dep (10 / -5) | <i>NP Ago</i> (155) |
| NP Alc (8 / -3) | NP Dep = NP Alc (133 / 22) |
| <i>NP Ago</i> (5) | NP Dep = NP Alc (133 / 22) |
| NP Ano (4 / 1) | NP Tox (77 / 78) |
| NP Tox (3 / 2) | NP Ano (72 / 83) |
| $X^2(4) = 6.80, p > .1$ | $X^2(4) = 58.27, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 11.29 | <i>FCM</i> = 28.17 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A análise do quadro mostra que os dois sujeitos que perderam por morte um dos pais quando eram pequenos esboçam uma identificação mais elevada com a depressão e o alcoolismo do que com a narrativa da agorafobia, embora nenhuma das diferenças entre as ordens médias da distribuição sejam estatisticamente significativas (ao que não pudemos concertar alhear o facto do grupo ser constituído unicamente por dois sujeitos). Entretanto, os sujeitos que não perderam nenhum dos pais na infância apresentam um padrão de identificações semelhante ao da amostra global. Estes resultados parecem ir de encontro às hipóteses teóricas de que este acontecimento na infância esteja predominantemente associado a sintomatologia depressiva e, na mesma ordem de ideias,

não estranhar que na nossa amostra tal aconteça apenas em dois sujeitos. Com certeza que retirar quaisquer conclusões seria precipitado, sem uma amostra de sujeitos com depressão para contrastar. No entanto, fica em aberto o interesse de aprofundar a investigação neste sentido e validar a pertinência dos factores construídos neste questionário destinado a pacientes com agorafobia ou com depressão.

(19) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com Factor Doença Pais (PAMaDeP)

A seguir explorámos o *factor doença pais*, passível de sugerir uma situação propiciadora de inversão de papéis, a qual se encontra por vezes descrita na infância destes sujeitos. Trata-se de mais um dos factores que se refere a uma experiência factual, pelo que recebeu o mesmo terapia do efectuado para o apresentado no ponto anterior. Os resultados da validação figuram no Quadro 59 exposto em seguida.

Quadro 59
Resultados da Validação Divergente no *Factor Doença Pais*.

| Sim <i>n</i> = 7 | Não <i>n</i> = 33 |
|------------------------------|-------------------------------|
| NP Alc (31 / -8) | NP Ago (137) |
| NP Dep (26 / -3) | NP Dep (117 / 20) |
| NP Ago (23) | NP Alc (110 / 27) |
| NP Ano (13 / 10) | NP Tox (68 / 69) |
| NP Tox (12 / 11) | NP Ano (63 / 74) |
| $\chi^2(4) = 15.66, p > .01$ | $\chi^2(4) = 50.26, p < .001$ |
| FCM = 12.97 | FCM = 26.59 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A observação deste quadro mostra que quando os sujeitos vivenciaram em pequenos a doença prolongada de um dos pais, têm tendência a identificar-se mais com a narrativa do alcoolismo, depois da depressão e só em terceiro lugar com a da agorafobia, não apresentando

esta nenhuma diferença significativa em relação às restantes (o que só acontece a propósito das duas primeiras em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia). Em contrapartida, o grupo de sujeitos a quem este acontecimento não ocorreu, manifesta uma identificação com a narrativa da agorafobia superior a todas as restantes, sendo a diferença quase sempre significativa, com única excepção para a narrativa da depressão.

(20) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com Factor Ausência Pais (PAMaDeP)

O *factor ausência pais*, ao qual poderá estar inerente a importância da temática da separação para os sujeitos, constitui o terceiro dos factores de sinalização de experiências factuais, tendo por isso sido categorizado em dois grupos, cujos resultados podem ser observados no Quadro 60.

Quadro 60
Resultados da Validação Divergente no *Factor Ausência Pais*.

| Sim <i>n</i> = 10 | Não <i>n</i> = 30 |
|------------------------------|-------------------------------|
| NP Dep = NP Alc (39 / -3) | <i>NP Ago</i> (124) |
| NP Dep = NP Alc (39 / -3) | NP Dep (104 / 20) |
| <i>NP Ago</i> (36) | NP Alc (102 / 22) |
| NP Ano (20 / 16) | NP Tox (64 / 60) |
| NP Tox (16 / 20) | NP Ano (56 / 68) |
| $\chi^2(4) = 19.76, p < .01$ | $\chi^2(4) = 44.37, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 15.15 | <i>FCM</i> = 25.45 |

- Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O *negro* destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Tal como para o *factor doença pais*, também neste quadro se verifica que a subamostra de sujeitos que sofreram a ausência de pais na infância, sugere uma identificação com a narrativa da agorafobia inferior às das narrativas da depressão e do alcoolismo embora, neste caso, significativamente superior às da toxicodependência e da anorexia. O

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

padrão de diferenças significativas é o mesmo para o grupo de sujeitos que não assinalam este acontecimento, evidenciando-se, no entanto, que para estes a identificação com a narrativa da agorafobia tende a ser superior a todas as outras.

(21) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Dependente (PAMaDeP)

Com o *factor dependente* inaugurámos a exploração dos resultados com base no *Questionário antes de ter este problema*. Para análise dos resultados constituímos as três subamostras, correspondentes a um resultado baixo, médio e alto, tendo-se obtido as distribuições que constam do Quadro 61 apresentado em seguida.

Quadro 61
Resultados da Validação Divergente no *Factor Dependente*.

| Baixo <i>n</i> = 9 | Médio <i>n</i> = 28 | Elevado <i>n</i> = 3 |
|------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (38) | <i>NP Ago</i> (113) | <i>NP Alc</i> (12 / -3) |
| <i>NP Dep</i> (33 / 5) | <i>NP Dep</i> (100 / 13) | <i>NP Dep</i> = <i>NP Tox</i> (10 / 4) |
| <i>NP Alc</i> (32 / 6) | <i>NP Alc</i> (97 / 16) | <i>NP Dep</i> = <i>NP Tox</i> (10 / 4) |
| <i>NP Ano</i> (17 / 21) | <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (55 / 58) | <i>NP Ago</i> (9) |
| <i>NP Tox</i> (15 / 23) | <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (55 / 58) | <i>NP Ano</i> (4 / 5) |
| $\chi^2(4) = 18.93, p < .01$ | $\chi^2(4) = 42.11, p < .001$ | $\chi^2(4) = 4.80, p > .1$ |
| <i>FCM</i> = 14.42 | <i>FCM</i> = 24.59 | <i>FCM</i> = 11.23 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A observação do quadro reflecte que, quando os sujeitos não se percebem como dependentes ou o assumem apenas com valores médios, tendem a identificar-se mais com a narrativa protótipo da agorafobia do que com as restantes, sendo as diferenças significativas em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia. No grupo de sujeitos que se afirmam como mais dependentes não existem diferenças significativas entre a identificação com as diversas narrativas (não se podendo descurar o tamanho reduzido da amostra) mas,

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

entretanto, sobressai na hierarquia das ordens médias a tendência para a identificação com a narrativa da agorafobia surgir apenas em quarto lugar, resultado raro nas subamostras estudadas. Assim, temos a tendência para uma identificação superior com a narrativa do alcoolismo, seguida da depressão e da toxicodependência. Note-se que esta última nunca tinha apresentado valores de identificação tão elevados e que a temática da aventura patente, na respectiva narrativa, sugere um certo paradoxo com a dependência de funcionamento destes sujeitos ou talvez reforce a clausura em que esta os encerra, e o forte desejo de se libertarem.

(22) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Evitante (PAMaDeP)

Em seguida surge o *factor evitante* como base de definição das três subamostras, encontrando-se os resultados obtidos no Quadro 62 abaixo exposto.

Quadro 62
Resultados da Validação Divergente no *Factor Evitante*.

| Baixo <i>n</i> = 16 | Médio <i>n</i> = 21 | Elevado <i>n</i> = 3 |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <i>NP Ago</i> (68) | NP Alc (85 / -3) | NP Dep (11 / -1) |
| NP Dep (59 / 9) | <i>NP Ago</i> (82) | <i>NP Ago</i> (10) |
| NP Alc (47 / 21) | NP Dep (73 / 9) | NP Alc (9 / 1) |
| NP Tox (35 / 33) | NP Ano (38 / 44) | NP Tox (8 / 2) |
| NP Ano (31 / 37) | NP Tox (37 / 45) | NP Ano (7 / 3) |
| $\chi^2(4) = 21.39, p<.001$ | $\chi^2(4) = 42.78, p<.001$ | $\chi^2(4) = 1.33, p>.1$ |
| FCM = 19.01 | FCM = 20.95 | FCM = 11.98 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A leitura do quadro quanto à significância das diferenças entre as ordens médias de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia e as restantes, mostra que, quando não está presente o factor evitante, a agorafobia é estatisticamente superior às narrativas do alcoolismo, da

toxicodependência e da anorexia. Quando o factor está presente com valores médios, as diferenças mantêm-se apenas em relação às duas últimas, desvanecendo-se qualquer diferença quando o factor está fortemente presente. Relativamente à hierarquia das ordens médias, observa-se uma tendência curiosa, sugerindo que à medida que o factor evitante ganha expressão, a narrativa com que os sujeitos mais se identificam vai passando da agorafobia, ao alcoolismo e depois à depressão, sendo que, nos grupos médio e elevado, a agorafobia surge em segundo lugar. Este resultado parece particularmente interessante se tivermos em conta que, ao construirmos o questionário, o grupo de itens correspondente ao factor evitante foi inserido para sinalização da depressão, considerando-se teoricamente que estaria mais associado ao funcionamento destes sujeitos.

(23) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Hipervigilante (PAMaDeP)

No que concerne ao *factor hipervigilante*, uma das dimensões muito comentada acerca do funcionamento de sujeitos com perturbações ansiosas, os resultados que obtivemos nas três subamostras definidas estão patentes no Quadro 63 a seguir apresentado.

Quadro 63
Resultados da Validação Divergente no Factor Hipervigilante.

| Baixo <i>n</i> = 8 | Médio <i>n</i> = 26 | Elevado <i>n</i> = 6 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (35) | <i>NP Ago</i> (103) | <i>NP Alc</i> (27 / -5) |
| <i>NP Dep</i> (27 / 8) | <i>NP Dep</i> (101 / 2) | <i>NP Ago</i> (22) |
| <i>NP Alc</i> (22 / 13) | <i>NP Alc</i> (92 / 11) | <i>NP Dep</i> (15 / 7) |
| <i>NP Tox</i> (19 / 16) | <i>NP Tox</i> (48 / 55) | <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (13 / 9) |
| <i>NP Ano</i> (17 / 18) | <i>NP Ano</i> (46 / 57) | <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (13 / 9) |
| <i>X</i> ² (4) = 10.40, <i>p</i> < .05 | <i>X</i> ² (4) = 50.37, <i>p</i> < .001 | <i>X</i> ² (4) = 10.40, <i>p</i> < .05 |
| <i>FCM</i> = 14.45 | <i>FCM</i> = 23.11 | <i>FCM</i> = 12.81 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Da análise deste quadro ressalta que nos grupos de baixa e média hipervigilante, a distribuição das ordens médias é exactamente a mesma, e que em ambas as distribuições a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é a mais frequente, seguida da depressão e do alcoolismo, e estabelecendo diferenças estatisticamente significativas com as narrativas da toxicodependência e da anorexia. No grupo de sujeitos com valores elevados de hipervigilante, observa-se que o primeiro lugar passa a ser ocupado pela narrativa do alcoolismo, apresentando assim tendência para a identificação com esta narrativa ser superior à identificação com a narrativa da agorafobia, a qual surge em segundo lugar e não apresenta diferenças significativas com a identificação atribuída a qualquer das restantes.

(24) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com o Factor Sinalização Obsessão (PAMaDeP)

Relativamente à tendência para a obsessão, a qual procurámos apenas sinalizar através de um item, tornou-se possível distinguir duas subamostras de sujeitos, com base na sua existência ou não, e cujos resultados podem ser observados no Quadro 64.

Quadro 64
Resultados da Validação Divergente no *Factor Sinalização Obsessão*.

| Sim <i>n</i> = 17 | Não <i>n</i> = 23 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (69) | <i>NP Ago</i> (91) |
| <i>NP Alc</i> (64 / 5) | <i>NP Dep</i> (85 / 6) |
| <i>NP Dep</i> (58 / 11) | <i>NP Alc</i> (77 / 14) |
| <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (32 / 37) | <i>NP Tox</i> (48 / 43) |
| <i>NP Tox</i> = <i>NP Ano</i> (32 / 37) | <i>NP Ano</i> (44 / 47) |
| <i>X</i> ² (4) = 29.74, <i>p</i> <.001 | <i>X</i> ² (4) = 32.52, <i>p</i> <.001 |
| <i>FCM</i> = 19.30 | <i>FCM</i> = 22.72 |

- Notas:** (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A partir da observação do quadro, constatámos que quer exista ou não um índice de sinalização de obsessão, a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é tendencialmente superior a qualquer dos restantes, existindo diferenças significativas com as narrativas da toxicodependência e da anorexia, e sendo a distribuição das ordens médias, nos dois grupos, bastante semelhante.

(25) Validação divergente separadamente em subamostras de acordo com os Resultados dos respectivos *elementos significativos*

Para terminar, fomos analisar a distribuição das identificações dos sujeitos, separadamente em grupos definidos com base na ordem da identificação que os respectivos elementos (familiares e amigos) significativos consideraram existir entre a narrativa protótipo da agorafobia e o seu conhecido(a). Partindo do princípio de que entre sujeitos próximos se partilha uma determinada forma de narrar a perturbação, emerge a hipótese de que, quando para terceiros existe uma relação clara entre o sujeito e a narrativa da agorafobia, para os próprios esta percepção do seu funcionamento seja também mais marcada do que para os restantes grupos.

Para o efeito, foram definidas quatro subamostras, correspondentes aos resultados da ordenação dos significativos, quanto à narrativa da agorafobia: um grupo relativo aos casos em que os significativos situaram a relação da narrativa da agorafobia com os sujeitos seus conhecidos nos dois últimos lugares (conglomerando os valores de identificação 1 e 2, dado o número reduzido de respostas nestas ordens); um segundo grupo de sujeitos, em que os respectivos significativos colocaram a narrativa da agorafobia a meio da hierarquia (valor 3); um terceiro grupo, corresponde aos significativos que estabeleceram um segundo lugar de identificação (valor 4) e um quarto grupo, correspondente aos significativos que consideraram existir uma identificação máxima entre a narrativa e o sujeito conhecido (valor 5). Os resultados obtidos constam do Quadro 65 que se segue.

Quadro 65

Resultados da Validação Divergente separadamente de acordo o resultado da ordenação (1 – menor identificação; 5 – máxima identificação) atribuído pelos respectivos significativos, à relação da narrativa da agorafobia com o sujeito.

| 1 e 2 n = 4 | 3 n = 11 | 4 n = 10 | 5 n = 12 |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| NPDep = NPAIc (16 / -2) | NP Ago = NP Dep (44) | NP Alc (40 / -5) | NP Ago (56) |
| NPDep = NPAIc (16 / -2) | NP Ago = NP Dep (44) | NP Ago (35) | NPDep = NPAIc (39/17) |
| NP Ago (14) | NP Alc (35 / 9) | NP Dep (34 / 1) | NPDep = NPAIc (39/17) |
| NP Ano (8 / 6) | NP Ano (24 / 20) | NP Tox (23 / 12) | NP Tox (25 / 31) |
| NP Tox (6 / 8) | NP Tox (18 / 26) | NP Ano (18 / 17) | NP Ano (21 / 35) |
| $\chi^2(4)=8.80, p=.07$ | $\chi^2(4)=20.07, p<.001$ | $\chi^2(4)=13.36, p<.05$ | $\chi^2(4)=25.47, p<.001$ |
| FCM = 11.12 | FCM = 15.88 | FCM = 15.67 | FCM = 16.22 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicod dependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
- (3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
- (4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Na leitura do quadro verificámos que existe uma tendência generalizada para a narrativa da agorafobia ser uma das mais eleitas nos vários grupos. Contudo, uma observação atenta sugere que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia vai-se diferenciando progressivamente ao longo dos quatro grupos de valores crescentes de identificação atribuídos à narrativa da agorafobia por parte dos significativos. Especificamente, quando os significativos atribuem o valor máximo de identificação à narrativa da agorafobia, esta surge também claramente destacada com ordem média superior, por parte dos respectivos sujeitos.

No que concerne à significância das diferenças entre as ordens médias de identificação com as diversas narrativas, constatámos que a narrativa da agorafobia apresenta uma supremacia estatisticamente significativa em relação à identificação com as narrativas da toxicod dependência e da anorexia em todos os grupos, com a excepção da subamostra, cuja classificação dos significativos foi de um ou dois e na qual não existe qualquer diferença significativa (atente-se, uma vez mais, no reduzido número desta amostra). Sobressai na subamostra de sujeitos, com valor 5 atribuído pelos significativos, que a significância da

superioridade de identificação com a narrativa da agorafobia se estende às narrativas quer do alcoolismo, quer da depressão, o que constatámos acontecer muito raramente neste estudo.

Em suma, estes resultados sugerem que, nos casos em que a classificação dos significativos é baixa (no primeiro e no segundo grupos) isto não corresponde à apreciação dos próprios sujeitos que continuam a atribuir-lhe um lugar cimeiro, embora em igualdade de circunstâncias com uma outra narrativa e não a discriminando de nenhuma das restantes, num mapa de identificações algum difuso; nos casos em que a narrativa é colocada pelos significativos em segundo lugar da hierarquia de identificações, há uma total convergência desse estatuto por parte de uns e outros (terceiro grupo); e, o mesmo acontecendo, na subamostra de sujeitos, cujos significativos atribuíram uma identificação máxima à narrativa da agorafobia, e que também eles próprios se sentem mais identificados com ela. Com efeito, numa apreciação global, parece haver, por parte dos sujeitos, uma identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, significativamente mais diferenciada das restantes, quando os seus significativos elegem também essa narrativa, resultado que sugere a tal hipótese de partilha de um mesmo discurso sobre a perturbação.

3.3.2.4 Resultados da análise de regressão múltipla

Após a observação das *nuances* na validação divergente analisada em subamostras, colocava-se a questão de verificar se alguma destas variáveis poderiam, efectivamente, predizer os resultados de identificação dos sujeitos com a narrativa da agorafobia.

Para isso, procedeu-se à aplicação de uma análise de regressão múltipla, definindo como variável dependente o resultado da ordenação quanto à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia e como preditores grupos de variáveis demográficas, de diagnóstico e da história da perturbação, bem como marcadores do desenvolvimento na psicopatologia. Foram assim exploradas e devidamente recodificadas variáveis independentes, a saber, o sexo, a idade, as habilitações, a co-

morbilidade no Eixo I, a co-morbilidade no Eixo II, o grau de interferência do problema na vida da pessoa e os diversos factores do PAMaDeP.

Uma vez que se trata de um estudo exploratório do poder preditivo destas variáveis, utilizámos a análise de regressão múltipla segundo o método *stepwise* (Howell, 1992), o qual não supõe uma ordem previamente estabelecida pela qual as variáveis preditoras serão consideradas.

O Quadro 66 resume os resultados obtidos na análise de regressão múltipla realizada, em que envolvemos as 17 variáveis independentes que consideramos centrais, designadamente os factores do PAMaDeP e a co-morbilidade no Eixo II.

Quadro 66

Análise de regressão múltipla para predição da ordem atribuída à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia.

| Predictores | r^2 | Δr^2 | β | t | Modelo Final |
|------------------------|-------|--------------|---------|---------|------------------------|
| Dependência | .22 | - | -.47 | -3.17** | $F(1,36) = 10.06^{**}$ |
| Perda Pais | .33 | .11 | -.33 | -2.34* | $F(2,35) = 8.39^{**}$ |
| Co-morbilidade Eixo II | .42 | .09 | -.32 | -2.39* | $F(3,34) = 8.25^{***}$ |

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A leitura do quadro permite apreciar que o modelo de regressão apresentado explica, melhor do que o acaso, a variável dependente que consiste na ordem atribuída à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia. De facto, constatámos que o *Factor Dependência* do questionário "Quando era pequeno(a)" constitui uma variável significativamente preditora no sentido negativo ($F(1,36)=10.06$, $p < .01$), sendo o coeficiente β de $-.47$, com valor $t(36)=-3.17$, $p < .01$ da ordem de identificação atribuída à narrativa da agorafobia pelos sujeitos da amostra, explicando 22% da variância dos resultados.

Igualmente, o *Factor Perda Pais*, do mesmo questionário, também se revela um preditor significativo ($F(2,35)=8.39$, $p < .01$), na medida em que se obteve o coeficiente β de $-.33$, com valor de $t(36)=-2.34$, $p < .05$, acrescentando 11% à variância dos resultados explicada e manifestando uma predição negativa que posteriormente comentaremos.

Tendo em consideração que esta variável preditora foi definida sob a forma 0/1 (sim /não) aplicamos o teste Mann-Whitney para clarificar qual dos grupos apresentava os resultados mais elevados e ver se as diferenças entre eles são significativas. Neste caso constatamos que é o grupo de sujeitos que não perdeu nenhum dos pais na infância que apresenta uma ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia (21.24) superior à dos dois sujeitos que compõem o outro grupo (6.50), embora a diferença entre eles não seja estatisticamente significativa ($p=.07$).

Do mesmo modo, a *co-morbilidade no Eixo II* demonstra ser ainda um preditor negativo significativo ($F(3,34)=8.25, p<.001$), apresentando o coeficiente β de $-.32$, com valor de $t(36)=-2.39, p<.05$ e explicando mais 9% da variância dos resultados. Com base nos resultados do teste de Mann Whitney verificamos que os sujeitos que não têm perturbação de personalidade apresentam uma ordem média de identificação (22.79) superior àqueles que têm morbilidade no Eixo II (12.61), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p<.05$). Isto significa que os sujeitos sem co-morbilidade no Eixo II tendem a manifestar uma identificação com a narrativa protótipo da agorafobia mais discriminada do que com as restantes narrativas (o que acontece significativamente com os sujeitos com perturbações da personalidade).

Com efeito, verificamos que todos estes modelos de regressão são significativos ($p<.01$) e explicam, progressivamente, um total de 42% da variância, tal como ilustra a Figura 2 à direita apresentada.

Tal como a figura realça, as três variáveis independentes – *Factor Dependência*, *Factor Perda Pais* e *Co-morbilidade no Eixo II* - explicam respectiva e gradualmente, 22%, 33% e 42% da variância, o que significa que estas três variáveis permitem predizer através de um sentido negativo, melhor do que o acaso, os resultados de identificação com a narrativa da agorafobia. Entretanto, a maioria da variância (58%) não é explicada por variáveis descritivas da amostra, parecendo estar efectivamente associada aquilo que une estes sujeitos e que consiste na especificidade da sua psicopatologia.

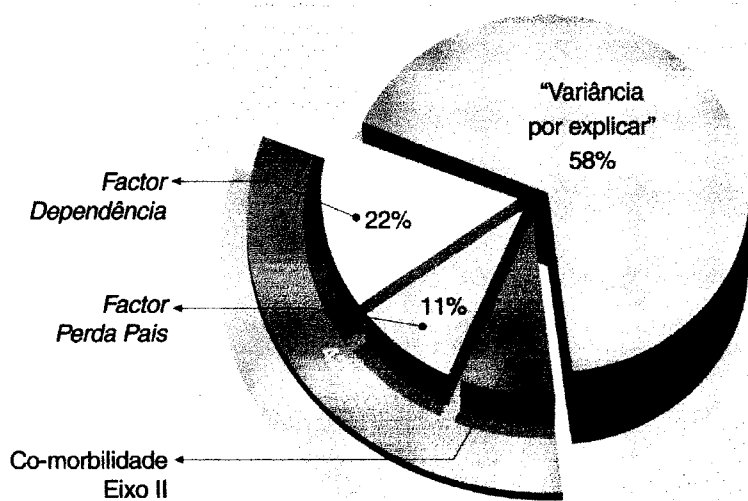


Figura 2
Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da agorafobia.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Tendo em consideração que os coeficientes β apresentam valores negativos, estas três variáveis e a intensidade da identificação com a narrativa da agorafobia variam na razão inversa.

Isto corresponde a constatar que os sujeitos, mais dependentes, que perderam algum dos pais quando pequenos e que apresentam co-morbilidade no Eixo II, identificam-se menos com a narrativa da agorafobia, do que os outros sujeitos, discriminando menos essa narrativa das restantes. Por outro lado, os sujeitos, mais independentes, que cresceram com ambos os pais vivos e sem perturbação da personalidade, terão tendência a identificar-se mais com a narrativa da agorafobia do que os sujeitos anteriormente descritos. Uma discussão mais aprofundada do significado destes resultados terá lugar no ponto da discussão, de que a seguir nos ocuparemos.

3.4 Discussão

3.4.1 Introdução

Começaremos por retomar os propósitos deste estudo e apresentar uma síntese das características dominantes da amostra que nele participou. A seguir, faremos uma súmula dos resultados obtidos na validação divergente, tendo em conta as diversas análises realizadas, com vista a explorar a sua discussão. Terminaremos finalmente com algumas hipóteses de análise a que esta reflexão nos conduziu.

Com este estudo pretendemos dar continuidade à análise da validade da narrativa protótipo da agorafobia. Dos objectivos definidos na introdução, a questão central resume-se a verificar em que medida os sujeitos com agorafobia, face a um leque de narrativas protótipo associadas a diversas perturbações, se identificam com a narrativa protótipo da agorafobia e de modo diferenciado em relação às restantes.

Efectivamente, o anterior estudo de validação convergente em grupos contrastantes, afirmou a viabilidade de uma narrativa protótipo nos sujeitos com agorafobia. Deixou em aberto a questão de saber se essa prototipia estaria mais associada ao carácter psicopatológico da narrativa, ou à especificidade da perturbação agorafóbica. No sentido de explorar esta questão, optámos por uma metodologia de validação

divergente que neste estudo implementamos, ainda na óptica do método da correspondência (Riessman, 1995), o qual nos levou a contactar, de novo, com sujeitos com perturbação agorafóbica.

3.4.2 Síntese e reflexão sobre as características da amostra

Em virtude da extensão dos resultados apresentados, faremos uma breve síntese das características da amostra, na qual serão privilegiados os resultados dominantes das variáveis estudadas.

Assim, a análise da validação divergente do texto da narrativa protótipo da agorafobia foi, neste estudo, facultada por uma amostra de 40 sujeitos com a referida perturbação, cujas características demográficas consideramos reflectir uma grande diversidade de situações e com uma distribuição equilibrada entre si. Nomeadamente, a nível de sexo, assiste-se a uma divisão praticamente equitativa, sendo de 21 (52.5%) sujeitos do sexo feminino e 19 (47.5%) do sexo masculino, tendo no geral, idades compreendidas entre os 17 e os 58 anos (com mediana de cerca de 33 anos). O estado civil dos sujeitos divide-se praticamente entre solteiros e casados, sendo este último o estatuto da maioria e encontrando-se associado aos mais velhos (acima dos 40 anos não há nenhum sujeito solteiro) e aos sujeitos do sexo masculino. As habilitações variam entre a escolaridade primária e a licenciatura, com uma distribuição homogénea em torno dos três níveis de ensino, básico, secundário e médio ou superior. Encontram-se representados os cinco níveis sócio-económicos definidos na escala de Graffar, embora com ligeira dominância do nível médio-alto e os sujeitos habitam zonas geográficas diversas, incluindo a capital, cidades mais pequenas, vilas e aldeias, predominantemente na zona do litoral e Norte do país.

Ilustrada a diversidade, realcemos agora os valores modais, os quais permitem afirmar que esta amostra é composta por 40 sujeitos, na sua maioria do sexo feminino (52.5%), com 26 anos de idade, casados, com licenciatura, de um nível sócio-económico médio alto e "activos" do

ponto de vista profissional.

Relativamente à situação diagnóstica descrita pelos clínicos, a maioria dos sujeitos apresenta como diagnóstico principal *agorafobia com história de pânico* (92.5%) e, uma grande percentagem deles (16–40%) co-morbilidade no Eixo I e/ou no Eixo II. Os sujeitos encontram-se em diferentes fases da terapia, enquadrando-se a maioria num momento intermédio do processo.

No que se refere à história da perturbação, as situações são muito variadas, oscilando a sua duração entre os 2 e os 44 anos (com mediana de 9 anos), através de uma evolução que, para a maioria dos sujeitos, é variável, embora sejam também referidas qualquer das outras possibilidades, nomeadamente de melhoria, agravamento e manter-se da mesma forma. O grau de interferência da perturbação nunca chega a ser nulo, distribuindo-se entre leve e muito severo, sendo na maioria dos casos moderado ou severo.

A intensidade da interferência encontra-se estatisticamente associada à evolução da perturbação, de uma forma que parece lógica, pois a interferência leve está relacionada com a melhoria da sintomatologia e a muito severa, com o seu agravamento, ficando a intensidade severa aliada a uma evolução variável e, finalmente, a intensidade moderada associada às evoluções variável, de melhoria ou de manutenção. O grau de interferência está ainda significativamente associado à fase da terapia, verificando-se interferências mais severas (severa e muito severa) na fase inicial e, na fase final, interferência moderada ou leve. Apesar de não existir uma associação significativa, observa-se uma tendência curiosa entre o grau de interferência e a duração da perturbação, sendo que os casos mais recentes correspondem a uma interferência moderada ou severa, enquanto que, nos casos mais antigos, ela tanto é leve como muito severa.

Numa abstracção global dos resultados destes cruzamentos, parecem emergir três perfis de situações distintas: (a) casos com um grau de interferência leve, associado a uma evolução com melhorias e a numa fase final da terapia, tendencialmente, após um período prolongado

da perturbação; (b) casos com uma interferência moderada ou severa, com uma evolução variável (ou eventualmente de manutenção), numa fase inicial da terapia e com tendência para serem os mais recentes; (c) casos de interferência muito severa, com um percurso de agravamento do problema, encontrando-se em fase intermédia da terapia e com tendência para corresponder às situações mais antigas. Note-se que estes casos mais antigos com agravamento da perturbação estão, por sua vez, associados a outras situações mórbidas, nomeadamente do Eixo II. Assim, as perturbações mais recentes parecem corresponder a avaliações intermédias de gravidade e evolução, enquanto que os casos mais antigos se dicotomizam entre uma alternativa de melhoria, interferência leve e fase final da terapia e, no pólo oposto, uma interferência muito severa, percurso de agravamento e fase intermédia da terapia.

Quanto à existência de psicopatologia em familiares, ela acontece na maioria dos sujeitos da nossa amostra (29 - 72.5%), tratando-se em, pelo menos, 14 dos casos, de perturbações emocionais do mesmo tipo.

Dos 13 acontecimentos significativos ocorridos no ano anterior à emergência da perturbação, aqueles que foram referidos por um maior número de sujeitos foram as perdas por morte e o stress. Em linhas gerais, podemos considerar que os restantes se conglomeram em torno destas temáticas e de mais outras duas, a saber, as separações e as situações de problemas/conflitos diversos. Quanto ao impacto da perturbação na vida dos sujeitos, as mudanças mais vezes assinaladas são o isolamento, o evitamento, a dependência dos outros (as três geralmente associadas), as dificuldades no trabalho, e o aumento de medos. Uma associação que se destacou, pela frequência com que os mesmos sujeitos referiam os dois factores, foi a da dependência com a tristeza.

Em relação aos resultados obtidos nos factores do *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento em Psicopatologia* (PAMaDeP), passemos a analisar a percepção dos sujeitos quanto ao seu funcionamento no passado, quer no período anterior à emergência da perturbação, quer durante a infância, bem como às relações com a mãe

e com o pai. Quanto aos questionários *Forma Mãe* e *Forma Pai* a amostra parece estar mais polarizada em dimensões positivas, pois as duas sub-escalas com médias mais elevadas correspondem à *aceitação-afecto*, quer do pai, quer da mãe, a qual é também a única que chega a atingir um valor máximo (ou seja, em que todos os itens que a compõem recebem a cotação quatro). Estes valores podem reflectir a idealização das figuras parentais (Soares, no prelo) que constitui um aspecto muito comentado acerca das relações de vinculação em sujeitos ansiosos. Através da idealização, basicamente, os sujeitos inflacionam o juízo positivo acerca das figuras de vinculação, negando acontecimentos negativos e a vertente, muitas vezes subtil, de desajustamento da comunicação, numa relação aparentemente muito dedicada (uma espécie de cegueira face à sobreprotecção, à responsabilização precoce, ou à desvalorização). Como sub-escalas que chegam a atingir o valor mínimo (ou seja, em que todos os itens que a compõem recebem a cotação um/"discordo totalmente") temos a *sobreprotecção paterna*, a *rejeição-hiperresponsabilidade*, o *abandono-isolamento* e o *factor dependente*, o que significa que há sujeitos da amostra para quem a percepção quanto a experiências deste âmbito estiveram totalmente ausentes.

Prosseguindo na análise das médias obtidas pelos sujeitos nas várias subescalas, distinguem-se, a seguir às anteriormente referidas, dois grupos. Um conjunto de factores com valores mais elevados, constituído pelo *hipervigilância*, *dependência*, *sobreprotecção materna* e *dependente*. Conglomeram assim, uma espécie de pólo de dependência e fragilidade. Num outro pólo, encontramos com médias inferiores e todas seguidas entre si, as sub-escalas da *sinalização da obsessão*, *factor evitante*, *rejeição-abandono materno* e *paterno*, *rejeição-hiperresponsabilidade* e *abandono-isolamento*. Este grupo de factores, sugere o pólo da rejeição e negligência, associado ao evitamento e a uma menor dependência (não obstante as prováveis dificuldades de autonomia afectiva).

Assim, nos sujeitos desta amostra dominam os factores que não indicam qualquer tipo de dificuldades ou excessos (com níveis elevados

de *aceitação-afecto* por parte dos pais na infância), seguido de factores associados ao pólo da dependência e, por fim, factores relacionados com o pólo da rejeição-abandono e evitamento.

Tendo também em consideração os resultados obtidos a partir das correlações entre os factores, o esboço de perfis ganha ainda mais evidência. A configuração dos dois pólos atrás descritos é reforçada pela existência de uma teia de correlações positivas, genericamente significativas, entre os factores constituintes de cada um dos grupos, a par de correlações negativas significativas entre as subescalas de um e de outro. Contudo, constituem excepção as correlações positivas significativas entre algumas das subescalas dos dois grupos, especificamente entre os *factores evitante e hipervigilante*, tornando-se uma espécie de núcleo comum entre as configurações.

Resumindo, com base nos resultados obtidos nos quatro questionários do PAMaDeP, diríamos que talvez se possam esboçar quatro percursos de desenvolvimento distintos entre os sujeitos da amostra: (a) sujeitos com uma relação *de aceitação-afecto com a mãe e o pai* na infância e tendência para valores baixos de *rejeição-hiperresponsabilidade e abandono-isolamento* na infância, e ainda com o factor *evitante* antes da emergência da perturbação; (b) sujeitos com um passado de *sobreprotecção parental*, sobretudo materna, com *dependência* na infância e *factores dependente, evitante e hipervigilante* num passado mais recente; (c) sujeitos com histórias de *rejeição-abandono da mãe e do pai*, com *abandono-isolamento* na infância, e factores *evitante, hipervigilante e sinalização de obsessão*; (d) sujeitos também com história de *rejeição-abandono parentais e abandono-isolamento* na infância, mas também *rejeição-hiperresponsabilidade*, associados num passado mais recente, apenas de forma negativa ao *factor dependente*.

Em suma, salientamos o facto desta amostra abranger uma grande diversidade de situações, não parecendo saturada em nenhuma característica das dimensões abordadas, mas distribuída de forma consistente por diversos aspectos, sugerindo constituir uma base

promissora para futuras generalizações.

3.4.3 Síntese e reflexão sobre os resultados da validade divergente

Após a extensão das análises apresentadas em torno da validação, urge uma breve síntese dos resultados obtidos, bem como a sua discussão detalhada.

Numa análise global, o padrão de resultados que ressalta da validação divergente sugere a tendência para uma identificação mais elevada com a narrativa protótipo da agorafobia do que com qualquer das restantes. Verificámos que, na amostra global, a ordem média de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é, do ponto de vista estatístico, significativamente superior aos valores da identificação com a narrativas da toxicodependência e da anorexia. Com efeito, e numa resposta directa à hipótese inicialmente colocada, podemos afirmar que esta é apenas parcialmente confirmada. Por outras palavras, os sujeitos desta amostra identificam-se significativamente mais com a narrativa protótipo da agorafobia do que com as narrativas da toxicodependência e da anorexia, mas não revelam uma diferenciação significativa em relação às narrativas da depressão e do alcoolismo.

Contudo, o conjunto de dados apresentado sugere uma riqueza de análise dos resultados identificatórios destes sujeitos que consideramos ultrapassar a resposta linear a esta hipótese. Assim, gostaríamos de propor uma análise mais exaustiva desta questão, envolvendo as cambiantes observáveis através dos diversos instrumentos e análises realizadas. Nesse sentido, pretendemos ocuparmo-nos, a partir de agora, de uma discussão mais fina dos resultados da validação divergente da narrativa da agorafobia, como forma de procurar compreender a pertinência desta narrativa para os sujeitos com a respectiva perturbação e, finalmente, explorar de forma mais aprofundada as suas referências discursivas.

Subjacente a uma análise da validação divergente, deparamo-

nos simultaneamente, com a noção da diferenciação e com a noção da própria intensidade de identificação com cada narrativa, podendo-se destringir três questões: (1) qual a intensidade de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, quando inserida num grupo de outras narrativas; (2) se existe diferenciação na identificação com as diversas narrativas; (3) se há uma discriminação positiva na identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, em relação às restantes. Passaremos então, a organizar a síntese e discussão dos dados em torno destes três eixos, o que implicará utilizar a informação das diversas análises de forma dissecada, bem como recorrer mais do que uma vez às mesmas análises para salientar aspectos distintos.

3.4.3.1 Síntese e reflexão sobre a intensidade de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia

Comecemos pelo que concerne à análise da intensidade da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, independentemente dos resultados obtidos na identificação com as outras quatro narrativas. Atente-se a que nos interessa sempre analisar a validação da narrativa da agorafobia em si mesma, realizada, agora, por mais uma amostra de sujeitos com a respectiva perturbação, (diferente da utilizada na validação convergente). Neste caso coloca-se a questão específica de explicitar a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, tendo subjacente uma avaliação comparativa, associada ao facto de ser lida no contexto de um conjunto de cinco narrativas distintas.

Assim, quanto à intensidade com que os sujeitos da amostra se identificam com a narrativa protótipo da agorafobia, podemos concluir que existe uma relação entre esta narrativa e a sua vida, mesmo quando esta narrativa surge inserida num conjunto de outras narrativas. Por outras palavras, os resultados da amostra global sugerem que, também estes sujeitos se revêm na narrativa protótipo da agorafobia, à semelhança do que aconteceu no estudo da validação convergente. Concretamente, os

resultados do grau de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia (que são directamente comparáveis com os obtidos no segundo estudo) vão de encontro aos valores obtidos na validade convergente (a mediana é ligeiramente inferior, descendo de quatro para três, sendo os valores dos *P25* e *P75* exactamente iguais, respectivamente, três e quatro). Tendo em consideração os resultados da ordenação na identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, a proximidade com as conclusões da validação convergente é ainda reforçada, pois a mediana é de quatro e o *P75* de cinco.

Podemos assim concluir que, no contexto da validação divergente, a maioria dos sujeitos consideram que a narrativa protótipo da agorafobia que construímos “tem relação” ou mesmo “tem muita relação” com a sua vida.

Passemos então, desta nova confirmação da pertinência identificatória e da viabilidade da narrativa construída como um protótipo dos sujeitos com agorafobia, para a análise dos resultados da validade divergente quanto à dinâmica da diferenciação.

3.4.3.2 Síntese e reflexão sobre a existência de diferenciação na identificação dos sujeitos com as diversas narrativas

Como escrevemos anteriormente, uma das hipóteses passível de se colocar era a de que os sujeitos com agorafobia se identificassem de igual modo com qualquer das cinco narrativas, enquanto discurso psicopatológico.

Quanto a este aspecto os resultados permitem-nos advogar com segurança que existe discriminação nas identificações atribuídas às várias narrativas. Tendo em consideração, numa primeira etapa, o conjunto geral das narrativas, constatámos que na grande maioria das análises existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição das ordens médias de identificação com cada uma das narrativas. Especificamente, das validações analisadas nas 73 subamostras, somente

em duas distribuições as diferenças de ordens médias são apenas quase significativas e em oito distribuições não existiam diferenças de ordens médias entre nenhum par de narrativas. Atenda-se a que, em todos estes oito casos, a amostras apresentam um tamanho muito reduzido (entre 2 e 4 sujeitos), o que poderá dificultar a diferenciação média dos resultados.

Em suma, isto significa, indubitavelmente, que os sujeitos não se identificam do mesmo modo com as cinco narrativas protótipo propostas. Verificámos ainda, que existem diferenças significativas entre diversos pares de narrativas, sugerindo uma pertinência diferenciada de umas e outras, enquanto referentes de identificação. Ou seja, não é apenas com uma das narrativas que os sujeitos se identificam, revelando-se as outras indiferenciadas, mas, antes, parece mais do que uma das narrativas ser fonte de identificação, embora com uma importância diferente

Continua a ser legítimo falar em narrativas protótipo associadas à psicopatologia, e sabemos agora que faz sentido pensar que existem narrativas psicopatológicas específicas para perturbações emocionais distintas.

Fica então, em aberto, a questão de saber se a narrativa que construímos constituirá um "bom protótipo" para os sujeitos com agorafobia, relatando de modo eficaz a prototipia da sua construção de significados, aspecto que iremos perseguir nas reflexões do ponto seguinte, a propósito do sentido em que foi discriminada esta narrativa.

3.4.3.3 Síntese e reflexão sobre a discriminação da narrativa protótipo da agorafobia

No âmbito da terceira dimensão de análise da validação divergente, interessa clarificar o modo como se exprime essa diferenciação nas identificações dos sujeitos, ou seja, entre que narrativas e em que orientação existem divergências. Interessará, essencialmente, aprofundar a posição relativa ocupada pela identificação com a narrativa da agorafobia em relação às restantes e, num segundo plano, explorar o mapa de

identificações destes sujeitos em relação às cinco narrativas. Nesta abordagem teremos em conta, quer as diferenças estatisticamente significativas, quer as tendências, valorizando de algum modo as posições ocupadas na sequência das ordens médias.

Numa análise global dos resultados da validação divergente, ressalta um padrão em que a ordem média de identificação mais elevada corresponde à narrativa protótipo da agorafobia, seguida sucessivamente das narrativas da depressão, do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia. Quanto à significância estatística destas diferenças, evidencia-se a tendência para incidirem entre cada uma das narrativas protótipo da agorafobia, da depressão e do alcoolismo e as narrativas da toxicodependência e da anorexia. São raras as diferenciações entre as três primeiras ou as duas últimas. Emergem assim, dois núcleos de intensidade de identificação oposta, aspecto a que nos dedicaremos posteriormente, após uma análise mais detalhada da situação específica da identificação com a narrativa da agorafobia. Com efeito, prosseguiremos a nossa discussão, organizando os comentários em torno dos resultados obtidos aos seguintes níveis: (1) amostra global, (2) subamostras e (3) variáveis descritivas da amostra.

(1) discriminação da narrativa protótipo da agorafobia a nível da amostra global

Começamos por focalizar a síntese dos resultados quanto à posição relativa da ordem média de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, face à das restantes narrativas. Se atendermos, na amostra global, à distribuição das ordens médias de acordo com os dois tipos de resultados, da ordenação e do grau, assiste-se, nestes últimos, a uma inversão entre os dois primeiros lugares, passando a surgir primeiro a narrativa da depressão e depois a da agorafobia. Efectivamente, no questionário de avaliação das narrativas por grau de identificação em cada uma, registou-se uma ligeira descida do valor atribuído à identificação

com a narrativa da agorafobia, quando comparada com os resultados da ordenação (nos resultados da ordenação a moda é de cinco e nos de grau passa a ser de três, embora em nenhum dos casos chegue a ser atribuído o valor 1, de identificação inferior).

A observação directa dos sujeitos durante a avaliação pode ajudar-nos a compreender o significado da diminuição do valor de identificação com a narrativa da agorafobia, nos resultados do grau. Entretanto, note-se que em relação às narrativas da depressão e do alcoolismo não se verificou qualquer descida, tendo até, em alguns casos, recebido avaliações mais elevadas. Com base no que observámos, esta diferença poderá prender-se com o impacto das narrativas que focam acontecimentos de morte (depressão e alcoolismo), as quais provocavam um efeito visível de adesão por parte dos sujeitos, desde o início. Numa segunda etapa do procedimento, os sujeitos deparavam-se com uma oportunidade de preenchimento mais espontâneo e imediatista - dado que já não existia a necessidade de comparar as narrativas umas com as outras e a sua segunda leitura também se permitir mais apressada - o que poderá ter contribuído para elevarem o valor de identificação atribuído a essas duas narrativas e contrastá-lo com as restantes, em que se incluía também a da agorafobia. Efectivamente, quando assistíamos aos comentários dos sujeitos no preenchimento do questionário da ordenação, era notória uma espécie de "dança" entre as três narrativas em torno do primeiro lugar; parecia existir uma atracção fatal pela forma como o luto aparecia derradeiro na narrativa da depressão, uma forte identificação com a fuga, mais explícita no luto da narrativa do alcoolismo e uma aproximação das reacções descritas na narrativa da agorafobia, quanto a uma análise mais aprofundada do seu funcionamento em situações difíceis, que não de luto. Em resumo, arriscaríamos a dizer que pensavam para consigo próprios: "eu talvez seja mais assim, mas isto da morte é que terrível, é exactamente isto que eu temo". Assim, nas narrativas da depressão e do alcoolismo, os sujeitos pareciam ficar fixados no acontecimento precipitante (tornando-se para eles, inclusive, difíceis de diferenciar) e apenas em relação às outras se focalizavam mais na trama

narrativa como um todo, valorizando também os processos de reacção do protagonista da narrativa. Daí que se possa ter gerado um conflito entre identificação/atracção para as diversas narrativas.

De facto, se atendermos ao conteúdo de cada uma das cinco narrativas protótipo, evidencia-se alguma disparidade quanto ao tipo de acontecimentos precipitantes a que fazem alusão. O tema do luto parece, indiscutivelmente, mais “apelativo” para qualquer sujeito, e sabemos constituir, com frequência, um acontecimento associado à emergência de perturbações emocionais. Com efeito, quando comparado com a separação de uma pessoa doente (a qual, ainda que possa subentender uma situação de morte, não é explícita neste aspecto), uma ida contrariada para um colégio, ou uma debandada de terra em terra, que constituem os acontecimentos precipitantes das outras narrativas. Torna-se então possível admitir-se que o tema da morte possa ter um impacto bastante mais forte nos sujeitos, interferindo no processo de avaliação quanto à relação que consideram ter com cada uma das narrativas.

(2) discriminação da narrativa protótipo da agorafobia a nível das subamostras

Passemos agora, a centrar os resultados obtidos na validação a nível das sub-amostras, ainda sem a pretensão de os cruzar com as variáveis subjacentes à definição dos grupos.

Quanto ao lugar ocupado pela ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia, verificámos que, de um total de 73 subamostras, em 53 (72.6%) dos casos, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia surge em primeiro lugar (sendo que em cinco deles surge a par ou da narrativa do alcoolismo ou da depressão). Das restantes vinte, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia encontra-se em oito dos casos no segundo lugar, em 11 casos no terceiro e num único caso em quarto lugar. Este panorama de resultados sublinha com clareza a tendência, dos sujeitos da amostra, para uma identificação privilegiada com a narrativa protótipo da agorafobia.

Ao sintetizar as diferenças estatisticamente significativas entre a identificação com a narrativa da agorafobia e as quatro restantes, um aspecto que ressalta, desde logo, é que sempre que elas existem, são no sentido de uma superioridade de identificação com a narrativa da agorafobia. Por outras palavras, mesmo quando a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia é ultrapassada por outras, esta diferença nunca assume significado estatístico.

A análise da validação por subamostras evidencia, naturalmente, os resultados obtidos na amostra global, como seja, a tendência para uma identificação privilegiada com a narrativa protótipo da agorafobia. Contudo gostaríamos de frisar alguns dos dados obtidos a esse nível. Um aspecto refere-se ao facto de a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia chegar a ser significativamente mais elevada que tal chega a acontecer em relação a qualquer uma das restantes narrativas. Em dois grupos de sujeitos, a identificação com a narrativa da agorafobia é significativamente superior, em simultâneo, às narrativas da depressão, do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia; em seis subamostras é superior em relação a três narrativas, sendo sempre, a do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia; a situação mais comum, que acontece em 48 distribuições, é ser significativa a superioridade em relação a duas narrativas, que são sempre a da toxicodependência e da anorexia, acontecendo; nos três casos em que a diferença significativa só se estabelece com uma narrativa, tal ocorre sempre em relação à da anorexia. Em 14 (apenas 19%) das 73 subamostras analisadas a identificação com a narrativa da agorafobia não se diferencia significativamente de nenhuma das outras.

Diríamos, em sùmula, que existem minorias de subamostras extremas, ora em que a identificação com a narrativa da agorafobia não é significativamente superior em relação a nenhuma das restantes, ora em que a identificação é significativamente mais elevada à indicada para qualquer das outras quatro narrativas. Encontram-se, como situações mais comuns, uma diferenciação significativa em relação às narrativas da anorexia, da toxicodependência e, logo a seguir, do alcoolismo.

Esta diversidade de situações, leva-nos a evitar juízos conclusivos em relação à hipótese inicial e, paralelamente, supor que um alargamento da amostra seria crucial, para se obter uma expressão mais clara da discriminação na identificação com a narrativa da agorafobia, por parte destes sujeitos.

3.4.3.4 Síntese e reflexão sobre a proximidade de identificações em torno das narrativas protótipo da agorafobia, da depressão e do alcoolismo

À medida que íamos desenvolvendo a análise e comentários focalizados na identificação dos sujeitos com a narrativa protótipo da agorafobia, foram sendo referidas as identificações com as narrativas referentes às outras quatro perturbações. Evidenciaram-se, globalmente, duas questões que concerteza não poderemos ignorar nesta discussão. Uma refere-se ao facto da identificação dos sujeitos estar longe de ser linearmente atribuída a uma única das narrativas protótipo e, a outra, à proximidade das identificações com as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo.

Com efeito, consideramos que seria agora adequado traçar um mapa de referências identificatórias destes sujeitos, sistematizando a importância relativa de cada uma das outras narrativas com vista a aprofundar o nosso conhecimento sobre as teias de identificação destes sujeitos complexificar a própria questão da prototipia no discurso agorafóbico.

Tendo em consideração os resultados das ordens médias das cinco narrativas protótipo, na globalidade das distribuições analisadas, assiste-se a uma espécie de clivagem das narrativas em dois grupos, de intensidade das identificações contrastante. Assim, evidencia-se um núcleo de forte identificação, constituído pelas narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo a distanciar-se, clara e significativamente, de um núcleo de fraca identificação e indiferenciado entre si, composto pelas

narrativas da toxicodependência e da anorexia.

A propósito do núcleo das três narrativas alvo das mais elevadas identificações (agorafobia, depressão e alcoolismo), gostaríamos de reflectir acerca de duas questões: (1) uma prende-se com o tipo de relação hierárquica que existirá entre as três, ao nível das identificações recebidas; (2) a outra refere-se aos factores justificativos da escassa diferenciação das identificações em torno deste grupo, aspecto que consideramos central para a compreensão global dos resultados.

Começaremos por procurar analisar o tipo de relação dos sujeitos com as três narrativas, na perspectiva de saber aquela com que mais se identificam após a narrativa da própria agorafobia. Numa primeira observação dos valores obtidos nas medidas descritivas e nas distribuições das ordens médias, não se torna nada evidente qual é a posição relativa das narrativas da depressão e do alcoolismo em relação à da agorafobia, sendo os dados contraditórios a esse respeito.

Em relação à amostra global, as medidas descritivas apontam para valores extremos mais elevados na identificação com a narrativa do alcoolismo (nos resultados da ordenação, uma das modas é o cinco, e nos resultados do grau, o P75 é também cinco, valores nunca alcançados na identificação com a narrativa da depressão). Entretanto, na hierarquia dos valores de ordens médias, a narrativa protótipo da depressão surge em segundo lugar (ou até primeiro, de acordo com os resultados do grau) e a do alcoolismo sempre em terceiro lugar.

Esta espécie de "jogo de forças" entre uma identificação superior, ora com a narrativa protótipo do alcoolismo, ora com a da depressão, ganha ainda mais expressão quando analisamos os resultados das subamostras. Das 20 distribuições em que a narrativa protótipo da agorafobia não ocupa o primeiro lugar de identificação, em 12 das vezes é substituída pela narrativa do alcoolismo, em quatro pela da depressão e, nas restantes quatro, por ambas com o mesmo valor de ordem média. Entretanto, a narrativa da depressão surge em segundo lugar, a seguir à da agorafobia em 36 das 48 distribuições em que esta encima a hierarquia (restando apenas 12 situações em que a da agorafobia é secundada pela

narrativa do alcoolismo). Para além disso, das 12 vezes em que a narrativa do alcoolismo surge em primeiro lugar, em metade delas (6) é secundada pela narrativa da depressão e nas restantes pela narrativa da agorafobia.

Em suma, a seguir à narrativa protótipo da agorafobia, a narrativa mais eleita para o lugar de identificação superior é a do alcoolismo, enquanto que a narrativa que surge mais vezes em segundo lugar na hierarquia das ordens médias de identificação é a da depressão. Com base nestes resultados, arriscaríamos considerar que a narrativa do alcoolismo funciona como uma espécie de duplo da narrativa agorafobia, enquanto que a narrativa da depressão, constitui aquela com que, efectivamente, os sujeitos da nossa amostra mais se identificam em segundo lugar.

A hipótese de existir na identificação dos sujeitos uma maior proximidade entre a narrativa da agorafobia e a do alcoolismo, enquadra-se nos resultados do estudo desenvolvido por Maia (1998) em que, tendo a narrativa protótipo da depressão sido claramente validada de forma divergente, aquelas que se encontram a seguir mais próximas são, primeiro a narrativa do alcoolismo e depois a da agorafobia. Se nesse estudo (ibidem) se constatou que a narrativa protótipo da depressão aparecia mais associada à narrativa do alcoolismo do que à da agorafobia, compreende-se que, no nosso estudo, a associação mais forte da narrativa da agorafobia não surja com a da depressão, mas com a do alcoolismo, com a qual partilha mais elementos da gramática narrativa. Sublinhe-se que estas duas narrativas, se não partilham o contexto e o acontecimento precipitante, encontram várias comunicações ao nível das respostas internas, do objectivo e das acções, como sejam a tristeza, o choro, a tensão e a fuga ou evitamento (com o objectivo de ultrapassar a situação). Já nas dimensões dos resultados e da finalização, a proximidade entre as duas narrativas é apenas parcial. Encontramos na narrativa da agorafobia e do alcoolismo, respectivamente, a nível do resultado a "angústia (isolamento)" / "sensação de solidão" e na finalização o "tomar consciência da desgraça" / "desmoronamento", sugerindo uma certa partilha de conteúdo. Já a vertente da narrativa da agorafobia, referente ao objectivo

de vencer o desafio, buscar apoio, acalmia e auto-confiança, não encontra qualquer equivalente na do alcoolismo. Com efeito, da inexistência desta última dimensão na narrativa do alcoolismo, faz-nos pensar que uma substituição da identificação com a narrativa da agorafobia, pela do alcoolismo, possa estar particularmente associada a sujeitos muito polarizados, ora no evitamento, ora na dependência, de acordo com a qual ficam à espera que os outros lhes resolvam as situações, sem pensarem eles, sequer, na possibilidade de pedir de ajuda. No contexto clínico, associamos uma eventual preferência pela identificação com a narrativa do alcoolismo a sujeitos com uma atitude mais passiva e acomodada, sem disponibilidade para lutar contra os sintomas e com um discurso do “não há nada a fazer”, contrastando com aqueles que, antes de qualquer incitação por parte do terapeuta, relatam a sintomatologia exuberante que sofreram, enquanto teimosamente impunham a si próprios fazer aquilo que o medo lhes dizia para evitar.

Abordemos agora a segunda questão que incide sobre a hibridez de identificação em torno das três narrativas protótipo, da agorafobia, da depressão e do alcoolismo. Se, por um lado, temos vindo a ser sensíveis às cambiantes nos valores de ordem média assumidos por cada uma destas narrativas nas distribuições, por outro lado, não podemos desvalorizar a falta de expressão estatística das diferenças entre a relação que os sujeitos estabeleceram com cada uma delas.

Para a compreensão deste fenómeno consideramos que poderão contribuir aspectos de diversa ordem. Num esforço de identificação de alguns desses factores, surgem-nos várias hipóteses que propomos organizar de acordo com os seguintes níveis: (a) questões diagnósticas; (b) questões metodológicas inerentes à construção das narrativas protótipo; (c) questões associadas às características da narrativa protótipo por nós construída.

(a) questões diagnósticas

Uma primeira hipótese que colocamos a este nível, assenta na

tendência da nossa amostra para a co-morbilidade, a qual poderá ter contribuído para reforçar uma identificação híbrida, muito particularmente com a narrativa da depressão. Se qualquer situação de morbilidade emocional instalada é susceptível de elevar os índices de depressão, quando o caso está envolto em psicopatologia diversa, é de supor que esta tendência seja, ainda, mais marcada. Verificámos, nomeadamente o impacto da comorbilidade no Eixo II, subamostra de sujeitos em que se dilui a discriminação significativa da identificação com a narrativa da agorafobia em relação a qualquer das restantes e em que o respectivo valor da ordem média de identificação surge apenas em terceiro lugar, após a narrativa do alcoolismo e da depressão.

Uma outra questão tem a ver com as sempre discutidas fronteiras da depressão com outras entidades clínicas, nomeadamente com as do espectro ansioso. Por um lado, a depressão é o final comum de muitas outras entidades clínicas de longa evolução, nomeadamente a perturbação de pânico e agorafobia não tratadas (Sheehan, 1990). Por outro lado, os estudos epidemiológicos têm mostrado que a presença de um episódio depressivo "major" aumenta 18,8 vezes a probabilidade de ocorrência de uma perturbação de pânico (Boyd et al., 1984). Maser, Weise & Gwirtsman (1995) discutiram recentemente esta questão, focalizando a necessidade de se considerar qual a entidade que ocorre primaria ou secundariamente. No entanto, não existem ainda hoje critérios claros para esta distinção.

Em relação à co-morbilidade da depressão com as perturbações ansiosas, os mesmos autores (Maser, Weise & Gwirtsman, 1995) apontam várias possibilidades: 1) uma perturbação básica pode exprimir, concomitante ou alternadamente, vários conjuntos mórbidos; 2) sendo muito frequentes, os quadros depressivos e ansiosos poderiam ocorrer conjuntamente por pura casualidade; 3) mesmo independentes, uma das perturbações vulnerabilizar o sujeito à ocorrência da outra; 4) apesar das similaridades biológicas, o quadro clínico (depressão ou ansiedade) seria determinado pelo âmbito da experiência humana de cada um

Seja como for, a associação entre os quadros fóbicos e depressivos, embora por esclarecer, parece constituir um dado da prática clínica.

Efectivamente, no nosso estudo, a narrativa da depressão foi a mais difícil de “descolar” da narrativa da agorafobia, no sentido da existência de uma diferença estatisticamente significativa entre a identificação dos sujeitos com cada uma delas. Por outras palavras, parece que as duas narrativas que estão a par, constituindo referências de identificação igualmente importantes, que não se excluem, nem se substituem. Por sua vez, a narrativa do alcoolismo, não parece surgir como uma entidade específica ao mesmo nível das anteriores, mas antes como um fenómeno com características híbridas, entre a depressão e a ansiedade, como também outros estudos parecem apontar (Maia, 1998).

Uma terceira hipótese que elaborámos a este nível, decorre mais directamente dos dados atrás comentados acerca da validação efectuada por subamostras com características distintas quanto à evolução e gravidade da perturbação. Surge assim, uma ideia de cariz especulativo, de que a perturbação agorafóbica, constitua uma espécie de entidade psicopatológica “de mal menor”, ou seja, de gravidade intermédia, plausível de antecipar contornos de gravidade mais extrema, expressos através de sintomatologia depressiva ou alcoólica. Esta ideia, parece receber algum suporte, nos dados conhecidos quanto à forte incidência da psicopatologia agorafóbica na população geral (Frampton, 1990). Também o longo período que, com frequência, medeia entre a emergência da perturbação e a procura de apoio especializado, converge para esta ideia da agorafobia ter um carácter, apenas medianamente interferente no funcionamento global do sujeito (ibidem). Note-se, contudo, que a valorização desta hipótese deverá depender também, da importância atribuída a outras que iremos avançar, a propósito das características da própria narrativa (com as quais poderá entrar em contradição).

(b) questões metodológicas

A este nível iremos destacar um aspecto associado à construção do leque de narrativas a discriminar que poderá, em certa medida, ter comprometido a sua comparabilidade.

Cada uma das narrativas foi construída independentemente das outras, como síntese da saliência emergente do discurso de sujeitos com a respectiva perturbação. Contudo, a sua elaboração foi alheia quer à intencionalidade de as diferenciar entre si, quer a cuidados metodológicos específicos, associados aos processos psicológicos envolvidos numa actividade de identificação.

Com efeito, do ponto de vista metodológico, o facto de se tratar de um instrumento preparado para síntese de uma expressão discursiva e não, especificamente, destinado à avaliação de identificações, poderá acarretar eventuais consequências, por se tornar mais vulnerável aos erros inerentes a qualquer medida.

Efectivamente, não houve qualquer preocupação de clarificar *nuances* entre as narrativas, subsistindo um grau de globalidade em determinados aspectos, susceptível de as tornar mais facilmente associáveis a diferentes perturbações. Do mesmo modo, vários aspectos formais não foram antecipadamente analisados, como por exemplo, os tempos verbais, os graus de adjectivação, o tamanho das narrativas (em que se salienta o facto da narrativa da agorafobia ser a maior e daí, eventualmente, mais difícil de reter no seu todo).

Neste sentido, uma hipótese que colocamos é a de que a construção das narrativas não tenha sido intencionalmente dirigida para a necessidade de as diferenciar das restantes, através de um exercício de identificação. Isto poderá ter dificultado a tarefa de avaliação comparativa que solicitamos a seu respeito. Quer isto dizer que, se todos os nossos juízos são comparativos, a fluência dessa análise depende também do modo como os "materiais" o sugerem; todos reconhecemos que existem "produtos" mais directamente comparáveis uns do que outros, sendo que quanto mais comparável for a estrutura de base, maior é a probabilidade de diferentes sujeitos focalizarem a sua avaliação nos mesmos aspectos. Talvez aumentar a segurança, quanto de grau de homogeneidade formal entre as cinco narrativas, constituindo instrumentos "justamente" comparáveis, nos permitisse considerar os resultados mais conclusivos ao nível específico do conteúdo.

(c) questões inerentes à narrativa construída e ao conceito de prototipia

Naturalmente, não podemos nunca ignorar, a possibilidade da narrativa protótipo da agorafobia que construímos, não ser efectivamente a eleita, para uma identificação preferencial, pelos sujeitos com esta perturbação ou, pelo menos, para a globalidade deles, existindo sub-grupos para quem possa fazer mais sentido do que para outros.

Uma certa divisão quanto ao impacto da narrativa nos diversos sujeitos, remete-nos para opções que tomámos aquando da sua elaboração. Em concreto, referimo-nos ao facto da narrativa abarcar uma espécie de bipolaridade, tendo ficado particularmente influenciada pelo processo de oscilação entre independência e sintomatologia, o qual se evidenciou, já na altura, num subgrupo de sujeitos da amostra. Naquele momento, a transparência com que compreendemos este fenómeno e a vontade de arriscar uma trama discursiva para essa dualidade, conduziu à opção de uma narrativa contendo essas particularidades. Tornou-se assim, muito directamente ligada a alguns sujeitos da nossa amostra, não expressando apenas o comum a todos eles. Por outras palavras, admitimos a hipótese de que a narrativa construída, numa das suas partes contenha a experiência de todos, mas noutra apenas a de alguns, diminuindo a consensualidade da identificação. Mais especificamente, temos presente que no primeiro estudo, esse contraste de vivências não transparecia em sujeitos com percursos sempre polarizados na sobreprotecção, na dependência e evitamento. Com efeito, torna-se facilmente compreensível que, seja nas subamostras de sujeitos com índices elevados nestes factores que a identificação preferencial se desloca para a narrativa do alcoolismo, em que encontram apenas a vertente da "fuga" e da "desgraça".

Ainda inerente à opção de incluir na narrativa da agorafobia uma certa bipolaridade, coloca-se-nos a questão de a ela estar associada um "jogo" entre experiências sincrónicas e diacrónicas, susceptível de gerar problemas ao nível da identificação dos sujeitos. Neste estudo constatamos que, independentemente de uma grande diversidade de características da amostras, incluindo de marcadores do seu percurso de

desenvolvimento, os sujeitos apresentam uma tendência global para se identificarem com a narrativa da agorafobia, fazendo-nos pensar que “de onde quer que venham” é a sua condição de sintomatologia agorafóbica que impele a uma narrativa comum; constatámos também que os sujeitos com perturbações da personalidade (as quais, por definição, apelam para um processo de morbilidade expandido ao longo da vida) são dos que menos se identificam e diferenciam a narrativa da agorafobia, o que reforça a nossa convicção de que esta se prende com uma discursividade associada a perturbações emocionais do Eixo I e, portanto, mais centradas no presente da vida dos sujeitos. Com efeito, isto faz-nos pensar que aquilo que marca, a nível do conteúdo, a prototipia da narrativa destes sujeitos, é exactamente essa experiência sincrónica da sintomatologia agorafóbica. Entretanto, um aspecto que retemos das narrativas dos sujeitos do primeiro estudo, em que emergiu a dinâmica do desafio e auto-competência, é que pertenciam a um passado, que os primeiros sublinhavam contrastar com a actualidade da sua vivência perturbada. Então, coloca-se a questão de saber até que ponto fará sentido, para traduzir a rigidez dessa narrativa actual, integrar dimensões da experiência diacrónica dos sujeitos. Aliás, era patente nos comentários dos sujeitos alguma estranheza em relação à “conciliação” entre momentos de aflição e aquela dimensão apaziguada da personagem. Finalmente, a hipótese que colocámos é a de que a identificação com a narrativa construída esteja a ser dificultada por apelar, não apenas a vivências do presente, mas a outros momentos da história dos sujeitos, retirando-lhe o impacto de traduzir exactamente o discurso em que a agorafobia os encerra. Este factor poderá ter conduzido os sujeitos a inflacionar a sua identificação com as narrativas do alcoolismo e da depressão, colocando as três a par, como forma de reforçar o mal estar do seu momento actual.

Note-se também que o facto da narrativa protótipo construída para a agorafobia incluir num só texto uma dupla vertente, que atravessa a nível temporal os eixos sincrónico e diacrónico, incorre no risco de diminuir a sua comparabilidade com as restantes narrativas, em que isto parece não acontecer.

Para além disso, coloca-se um aspecto específico em relação ao final da narrativa. Ela é a única a terminar com um final mais aliviado, de algum modo, aquilo que poderemos designar de um "final feliz". Este final destoa claramente com qualquer dos apresentados nas restantes narrativas, muito em particular com as da depressão e do alcoolismo. Poderá pois ser compreensível que, para os sujeitos em que a perturbação se tem vindo a agravar e apresenta uma interferência muito severa, esse final se torne algo desmobilizante da identificação, susceptível de ser deslocada para a narrativa do alcoolismo, permitindo-lhes melhor sintonizar com a tragédia com que termina.

A proximidade de identificações com três narrativas, pode também levar-nos a repensar, não só nas características da narrativa construída, mas na própria noção de protótipo que estamos a utilizar. Neste sentido, uma hipótese que não gostaríamos de excluir é a de que a prototipia destes sujeitos não se esgote numa narrativa, sendo constituída por um conjunto de referências, passíveis de serem fornecidas pelas três narrativas, em paralelo. Questionamos assim, os limites da rigidez, quando nos referimos ao conceito de protótipo, colocando a possibilidade de existir nestes sujeitos, alguma margem de flexibilidade, em que mais do que um discurso possa fazer sentido nesta fase da sua existência. Ou seja, talvez possamos vir a admitir que os sujeitos se identifiquem igualmente com mais do que uma narrativa, sem que por isso a rigidez narrativa deixe de constituir o cerne da sua morbilidade do momento, pois a diversidade não seria ainda suficiente para lhes garantir saúde e bem-estar.

A propósito ainda do conceito de prototipia, mas agora numa óptica oposta (reforçadora da rigidez prototípica), talvez possamos considerar que uma coisa são narrativas rígidas, outra serão narrativas com fronteiras rígidas entre si. Com isto, queremos dizer, que a prototipia pode derivar da forma como um sujeito lê as diversas narrativas, dado que a monocórdia da sua experiência resulta exactamente, não de acontecimentos iguais, mas da construção de significados repetitivos a seu respeito. Assim, em vários discursos, eles tendem a ver sempre uma

mesma narrativa, afirmando exactamente assim a sua prototipia. Com base nesta suposição, as narrativas protótipo do alcoolismo e da depressão poderão estar a funcionar como esses pretextos/acontecimentos possíveis (porque suficientemente próximos no seu mundo experiencial), a partir dos quais os sujeitos reconhecem, indiferenciadamente, o mesmo que encontram na narrativa da agorafobia. Efectivamente, os comentários dos sujeitos às três narrativas iam no sentido da proximidade entre elas (sobretudo entre as do alcoolismo e da depressão) e, em consonância, de identificação com todas elas. Entretanto, coloca-se-nos a questão de saber porque é que este processo não abrange, de igual modo, as outras duas narrativas, da toxicodependência e da anorexia. Um estudo que realizasse uma espécie de validação divergente seccionada das diversas partes constituintes das narrativas (de acordo com as categorias da gramática narrativa), talvez contribuisse para clarificar em que dimensões as narrativas se aproximam umas das outras.

Em síntese, das análises exploradas neste ponto decorrem as seguintes possibilidades:

- A narrativa protótipo construída para a agorafobia não constitui ainda o “bom” protótipo, por não abranger a comunalidade discursiva que une os sujeitos com esta perturbação;
- Se, da narrativa construída, fosse excluída a vertente do desafio-risco (ficando pela sua primeira parte), talvez a globalidade dos sujeitos discriminassem a sua identificação com ela, de modo mais significativo em relação às restantes;
- A narrativa construída constituir um dos protótipos para sujeitos com agorafobia, ficando em aberto a existência de outros para subgrupos intra-perturbação agorafóbica (eventualmente com um núcleo comum e apenas algumas variantes);
- Uma só narrativa protótipo não esgota a diversidade, ainda que supostamente limitada, das tramas discursivas deste grupo de sujeitos;
- A prototipia hermenêutica dos sujeitos com agorafobia, proporciona que narrativas próximas ao nível do conteúdo, sejam integradas como um mesmo protótipo.

Estamos cientes de que, algumas das hipóteses elaboradas na tentativa de explicar a proximidade de identificações entre as narrativas da agorafobia, do alcoolismo e da depressão, entram em contradição, sendo mesmo mutuamente exclusivas. No entanto, isso resulta do carácter meramente exploratório desta fase de interpretação dos dados. Na ausência de provas empíricas que nos permitam defender umas hipóteses em detrimento de outras, optamos por lançar um leque mais alargado de possibilidades, assumindo que só estudos posteriores poderão contribuir para ajuizar da pertinência de cada uma.

3.4.3.5 Síntese e reflexão sobre a relação dos resultados da validade divergente com variáveis descritivas da amostra

(1) discriminação da narrativa protótipo da agorafobia tendo em conta as variáveis descritivas da amostra

No sentido de procurar compreender quais são as características dos sujeitos que poderão corresponder às tendências para uma maior ou menor identificação com a narrativa da agorafobia, passaremos a envolver na discussão as variáveis descritivas da amostra que estiveram na base da definição dos subgrupos.

Tendo em conta, a posição relativa da ordem média de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia na distribuição, emerge um contraste entre dois grupos de variáveis descritivas da amostra: (a) variáveis, em que, para todas as subamostras, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia é a mais elevada (geralmente, com diferenças significativas em relação a algumas das restantes narrativas); (b) variáveis em que, de umas subamostras para outras, varia a posição relativa da ordem média de identificação atribuída à narrativa da agorafobia.

Das 25 variáveis envolvidas nestas análises, foram nove aquelas em que o lugar atribuído à narrativa da agorafobia foi sempre o mesmo e

em que quase não se registam alterações no padrão das distribuições, independentemente da subamostra em causa. Assim, a identificação com a narrativa da agorafobia ocupou o primeiro lugar da hierarquia quer nos sujeitos com comorbilidade no Eixo I, quer nos sujeitos sem comorbilidade, sugerindo que a existência de outro tipo de perturbações não interferia na avaliação identificatória com a narrativa correspondente ao seu diagnóstico principal. Também de acordo com a fase da terapia, quer os sujeitos que se encontravam no início, como numa etapa intermédia, como no final, elegem a narrativa da agorafobia para máxima identificação, significativamente superior às da toxicodependência e da anorexia. O mesmo acontece relativamente aos grupos definidos com base na duração da perturbação, no tipo de acontecimentos significativos referidos, com qualquer dos três *factores pais* associados à percepção da relação com a mãe e com o pai, ao *factor da rejeição-hiperresponsabilidade* na infância e à *sinalação da obsessão* quanto à percepção do funcionamento antes de emergir a perturbação. Em suma, isto sugere tratarem-se de grupos homogéneos, cuja diversidade intravariável não se associa a qualquer impacto na identificação dos sujeitos, a qual manifesta uma tendência consistente para a atribuir a primazia à narrativa da agorafobia.

Quanto às restantes 16 variáveis, verificou-se que as diversas subamostras atribuem posições diferentes à identificação com a agorafobia, embora para todas elas exista sempre um grupo no qual a identificação com a narrativa da agorafobia ocupa o primeiro lugar. Estas situações serão abordadas na síntese dos resultados de identificação com a narrativa da agorafobia, focalizada nas várias dimensões com que pretendemos descrever a amostra e que a seguir apresentaremos.

Fica claro, a nível demográfico, que as situações de habilitações e de nível sócio-económico extremas correspondem a uma maior identificação com a narrativa da agorafobia e as intermédias a menor diferenciação.

A nível do diagnóstico, ficamos a saber que situações mais extremas, que envolvam uma interferência muito severa da perturbação, um agravamento da sua evolução e comorbilidade no Eixo II estarão

associadas a total indiferenciação na identificação com a narrativa da agorafobia.

No que concerne aos marcadores do desenvolvimento na psicopatologia, partimos das configurações que desenhamos com base nas correlações entre os factores e fomos analisar os resultados das validações nessas subamostras. Assim, naquele que vamos designar de *perfil da dependência* - composto pelas seguintes subescalas com correlações positivas "em cadeia": sobreprotecção, dependência na infância, factor dependente, hipervigilante e evitante -, quando os sujeitos apresentam valores elevados nestes factores, a ordem média de identificação com a agorafobia deixa de ser a primeira, passando a ser sempre suplantada pela narrativa do alcoolismo, com excepção do factor evitante, em que passa a ser pela da depressão. Nota-se também, nestes grupos a tendência para uma maior identificação com a narrativa da toxicodependência do que com a da anorexia. Em consequência, surge a ideia de que os sujeitos com um perfil de dependência acentuado, manifestam uma forte identificação com a fuga, bem presente na narrativa do alcoolismo e, de algum modo, ambicionada na da toxicodependência. Assim, talvez os aproxime da narrativa da agorafobia a tensão inicial face à separação, mas os distancie dela o "final feliz", e apaziguado, encontrando-se mais veemente, na sua vivência, o desabar de tudo sem solução, com que termina a narrativa do alcoolismo.

No *perfil pautado pelo abandono-isolamento* - com correlações positivas com os factores *rejeição-abandono pais, rejeição-hiper-responsabilidade, sinalização obsessão, evitante e hipervigilante* - os resultados da validação reflectem, com maior frequência, uma ordem média superior da narrativa da agorafobia. Constitui excepção o *factor abandono-isolamento* em que, à semelhança do que acontece com os *factores evitante e hipervigilante*, nos grupos com resultados médios e elevados a identificação passa a ser privilegiada com as narrativas do alcoolismo e da depressão. Note-se que neste perfil há tendência para uma maior identificação com a narrativa da anorexia do que com a da toxicodependência, sugerindo, não a necessidade de aventura, mas o

drama de ter que se separar sob grande revolta. Os sujeitos parecem não estar fartos do "sufoco", como eventualmente os sobreprotegidos, mas antes agoniados com os permanentes "empurrões" dos mais próximos.

Um outro conjunto de grupos de sujeitos analisados, corresponderá a um *perfil marcado pela rejeição-hiper-responsabilidade* com correlação positiva com a *rejeição abandono pais* e correlações negativas com a *aceitação-afecto pais*, a *sobreprotecção*, a *dependência* e o *factor dependente*. Em todos os grupos constituídos por valores médios e elevados nos dois primeiros factores e valores baixos nos restantes (com quem as correlações são negativas) verifica-se a superioridade da ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia, diferenciada significativamente das da toxicodependência e da anorexia e, no caso da baixa dependência, de todas as restantes. Assim, este perfil, pautado pela rejeição-hiper-responsabilidade, parece manifestar maior tendência para escolher a narrativa da agorafobia em primeiro lugar. Sugere que a narrativa da agorafobia poderá corresponder mais a este percurso ontológico de relacionamento dos sujeitos sempre dependentes, mas enfrentando os desafios, difíceis de farejar numa rejeição iminente, geralmente não expressa.

Finalmente, vamos destacar, com base nas diferenças estatisticamente significativas entre a identificação com a narrativa da agorafobia e as restantes, quais são, afinal, os sujeitos que mais discriminam e os que menos discriminam a narrativa protótipo da agorafobia, no seu processo identificatório.

Do total de 73 subamostras analisadas, 59 delas apresentam diferenciações significativas nos pares de narrativas que envolvem a da agorafobia, pelo que passaremos a destacar apenas aquelas oito subamostras que manifestam discriminação com um maior número das restantes. Apresentam uma identificação com a narrativa da agorafobia significativamente superior a todas as outras, os sujeitos com a percepção de fraca ou mesmo ausência de dependência na infância e os sujeitos cujos significativos atribuíram cinco à relação entre a narrativa da

agorafobia e os seus conhecidos. A seguir, os sujeitos que assumem uma identificação significativamente mais elevada com a narrativa protótipo da agorafobia do que com as narrativas do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia, pertencem às seguintes subamostras: sujeitos com mais do que o 12º ano; sujeitos sem perturbações da personalidade; sujeitos que apresentam um grau de interferência moderado da perturbação; sujeitos que não vivenciaram a doença de um ou de ambos os pais na infância; o grupo com valor “baixo” na sub-escala do *abandono-isolamento* na infância, bem como no *factor evitante*.

No extremo da indiferenciação, encontramos 14 subamostras de sujeitos, em que a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia não se discrimina significativamente de nenhuma das restantes e nos quais as variáveis descritivas da amostra assumem as seguintes características: sujeitos com habilitações literárias entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, sujeitos com perturbação de personalidade, sujeitos com grau de interferência da perturbação leve ou muito severa, sujeitos para quem a perturbação se tem agravado, a subamostra correspondente aos significativos que atribuíram “um” ou “dois” de identificação com a narrativa da agorafobia; e, entre os factores do PAMaDeP, a sinalização de *doença pais* e a de *perda pais* e os grupos com resultados “elevados” a nível da *dependência*, da *rejeição-hiper-responsabilidade*, do *abandono-isolamento*, do *factor dependente*, *evitante* e *hipervigilante*.

Uma apreciação global, através destes dois pólos, alerta-nos para o facto de que, quando qualquer das variáveis de diagnóstico, da interferência, da evolução da perturbação, bem como de vários dos factores do PAMaDeP (relativos aos questionários acerca da percepção do funcionamento na infância e antes da emergência da perturbação) assumem valores mais extremos, geralmente no sentido superior, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia perde expressão discriminativa em relação às restantes.

Quanto à distribuição das ordens médias das cinco narrativas, no seu conjunto, constatamos que a primazia da narrativa da agorafobia, passa a ser substituída, em geral, pela identificação com a narrativa do

alcoolismo e em alguns casos (quando os valores de determinados factores do PAMaDeP são mais elevados) com a narrativa da depressão, aspectos por nós já comentados no ponto anterior.

(2) Variáveis preditoras da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia

Na expectativa de que a diversidade encontrada na identificação com a narrativa protótipo da agorafobia em algumas das subamostras, constituísse o reflexo de um valor preditivo da respectiva variável, foi aplicada a análise de regressão, pelo método *step-wise*. Por outras palavras, tratava-se de definir quais das variáveis, cujas subamostras revelam diferenças nas posições de identificação com a narrativa da agorafobia, poderiam efectivamente, ser consideradas como preditores do resultado da validação.

Como seria de esperar, é do grupo de variáveis, cujo poder discriminativo comentámos no ponto anterior, que vemos emergir na análise de regressão realizada. De facto, aquelas que apresentam algum valor preditivo, a saber, a *comorbilidade no Eixo II*, a sinalização *perda pais* e a subescala da *dependência*, variando todas em relação inversa com a tendência para identificação com a narrativa protótipo da agorafobia (resultados que vêm claramente de encontro ao observado e atrás discutido, a propósito dos resultados das subamostras). Efectivamente, se da nossa amostra excluíssemos todos os sujeitos com comorbilidade no Eixo II, mais aqueles que ficaram sem um dos pais, ou de ambos na infância, ficaríamos com uma subamostra de 29 sujeitos em que a identificação com a agorafobia se revelaria significativamente superior às narrativas do alcoolismo, da toxicod dependência e da anorexia. Se desse grupo excluíssemos ainda os que apresentam valores de dependência médios e elevados, iríamos obter uma subamostra de 13 sujeitos, cuja ordem média de identificação com agorafobia é significativamente superior a identificação com qualquer das restantes narrativas.

Emerge assim, a hipótese de se considerar a existência de uma

diferenciação nos tipos de discurso dos sujeitos com agorafobia, em função de um aspecto do seu percurso desenvolvimental, de uma experiência factual da infância e de uma característica do seu diagnóstico. No entanto, salientamos que, para as situações de perda de pais e de comorbilidade com perturbação de personalidade, o número de sujeitos da nossa amostra nessas condições é bastante reduzido, deixando em aberto a necessidade de estudos mais alargados, conducentes a conclusões quanto à especificidade narrativa desses sujeitos. Talvez venha a fazer mais sentido para a compreensão da semântica desta psicopatologia, passar a considerar, não apenas uma narrativa protótipo, mas duas ou três narrativas que irão corresponder, provavelmente, a *nuances* de um mesmo léxico discursivo.

3.4.3.6 Síntese Final

Para terminar, aquilo que sobressai de todas as análises realizadas, é uma tendência estável para a supremacia de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia. Os sujeitos apresentam identificações diferenciadas, sendo estatisticamente significativa a discriminação positiva da narrativa protótipo da agorafobia, de um modo persistente, em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia e, de forma menos concludente com outras duas, designadamente da depressão e do alcoolismo (nunca acontecendo os sujeitos identificarem-se significativamente mais com qualquer das narrativas protótipo associadas às outras perturbações). A ordem de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, revelou-se parcialmente passível de predizer por três das variáveis descritivas da amostra (comorbilidade no Eixo II, o factor perda pais e o factor dependência, na infância), através de uma relação negativa, isto é, em que as variáveis variam na razão inversa. Daí advém a possibilidade de existirem subgrupos intraperturbação, correspondentes a *nuances* no perfil narrativo prototípico, embora ainda não conclusivas.

Contudo, verifica-se que os resultados se apresentam muito constantes, independentemente da indiscutível diversidade da amostra

nas suas várias dimensões, demográfica, psicopatológica, de história da perturbação e de percepções quanto ao percursos desenvolvimental. Este resultado remete-nos para o princípio da equifinalidade tematizado nas perspectivas sistémicas, segundo o qual diferentes percursos de desenvolvimento podem conduzir à mesma perturbação (Soares, no prelo) e, assim, à mesma narrativa. A unidade dos sujeitos da amostra, em torno de uma perturbação emocional do Eixo I, parece suplantir toda a idiossincrasia dos seus passados e diferenciações de projecção no futuro, encerrando-os no presente, na rigidez de uma narrativa protótipo comum.

Quanto a saber se a narrativa que construímos, é o “bom” protótipo que traduz de modo adequado e em exaustão a prototipia dos sujeitos com agorafobia, a resposta não parece ainda satisfatoriamente conclusiva (deixando muitas questões em aberto para futura investigação). Ficamos mais com a ideia de que podemos afirmar tratar-se de uma narrativa que “funciona” no plano da conversação junto de sujeitos com agorafobia, no sentido em que é pacificamente reconhecida e partilhável com eles, mesmo sem atingir a exclusividade discursiva, eventualmente almejada.

Vamos a seguir explorar em que medida a narrativa da agorafobia será também partilhável com o discurso de outros interlocutores, enquanto um protótipo de sujeitos com essa perturbação. A continuidade da investigação sobre a validade divergente da narrativa que construímos, passará a incidir junto de “terceiras pessoas” familiarizadas com sujeitos que sofrem de agorafobia, podendo vir a contribuir para a clarificação de algumas das hipóteses colocadas e, certamente, testemunhar quanto à relação que encontram entre a narrativa protótipo da agorafobia e esses sujeitos, como veremos no quarto estudo a seguir apresentado.

4. Quarto Estudo:

Validação divergente da narrativa protótipo junto de *Significativos*

4.1 Introdução

No estudo anterior tínhamos explorado a questão do grau de identificação pessoal com diversas narrativas, solicitando a sujeitos com agorafobia que indicassem a relação que encontravam entre elas e a sua vida. A nossa hipótese era de que a sua identificação seria privilegiada com a narrativa protótipo da agorafobia em relação a qualquer uma das quatro narrativas associadas a outras perturbações. Verificámos, contudo, que embora fosse essa a tendência dos resultados, as diferenças eram significativas apenas no que se refere às narrativa protótipo da toxicod dependência e da anorexia. Entretanto, os resultados deixaram em aberto a possibilidade de existir uma diferenciação ainda mais alargada, já que, para alguns subgrupos da amostra global, a discriminação positiva da narrativa protótipo da agorafobia também se revelou significativa em relação às narrativas do alcoolismo e da depressão.

Prosseguindo no processo de validação divergente, teremos como objectivo, nos próximos dois estudos, enriquecer a avaliação da plausibilidade e verosimilhança da narrativa construída para a perturbação agorafóbica junto de outras populações com características que, consideramos, possam também contribuir para este efeito. Mais especificamente, trata-se de alargar o nosso conhecimento sobre a validade sociocultural da narrativa construída para a agorafobia, bem

como levantar hipóteses sobre a negociação social que teria estado subjacente ao processo de identificação dos sujeitos com agorafobia. Assumindo que as construções narrativas, ainda que aparentemente pessoais, são o resultado de processos sociais, faz todo o sentido que a validade dependa também da sua aceitação por diversos interlocutores. Nomeadamente, interessa-nos explorar as “pontes” de significação existentes entre os discursos dos clínicos, dos próprios sujeitos e daqueles que os rodeiam, sendo de esperar alguma proximidade entre si.

No caso específico deste estudo, iremos envolver a avaliação daqueles que passaremos a designar de *significativos* dos sujeitos com agorafobia e que se refere a pessoas com quem estes consideram ter uma relação íntima, afectivamente próxima e aberta.

Diríamos, assim, que é de esperar uma associação entre as identificações realizadas pelos sujeitos com agorafobia e a identificação que pessoas, para eles significativas, estabelecem entre essas narrativas e os sujeitos. Com efeito, e na linha do estudo anterior, a hipótese que colocamos é de que os *significativos* irão considerar que os seus conhecidos têm maior relação com a narrativa protótipo da agorafobia, do que com qualquer das outras quatro narrativas protótipo apresentadas.

4.2 Método

4.2.1 Amostra

A amostra é constituída por 40 sujeitos, seleccionados como relacionalmente significativos pelos doentes com agorafobia que participaram no estudo anterior.

Do total de sujeitos da amostra, 31 (77,5%) são do sexo feminino e 9 (22,5%) do sexo masculino. As idades dos indivíduos variam entre os 24 e os 68 anos, sendo a média de 39,47 anos, com um desvio padrão de 11,37 anos. Quanto ao nível sócio-económico, a distribuição obtida encontra-se no Quadro 67 a seguir apresentado.

Quadro 67

Distribuição da amostra de *Significativos* por Nível Sócio-Económico, (N=40).

| Nível 1 Superior n (%) | Nível 2 Médio-Superior n (%) | Nível 3 Médio n (%) | Nível 2 Médio-Inferior n (%) | Nível 5 Inferior n (%) | Mediana | P 25 | P75 |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------|------|------|
| 10 (25.0) | 10 (25.0) | 5 (12.5) | 5 (12.5) | 10 (25.0) | 2.50 | 1.75 | 4.25 |

A leitura do quadro permite verificar que os sujeitos se distribuem de forma muito equilibrada pelos cinco níveis sócio-económicos, sendo a mediana de 2.5, o que reforça o estatuto entre médio e médio superior da amostra. Esta tendência é convergente com a obtida na amostra do estudo anterior, o que parece compreensível, uma vez que se trata de

sujeitos da sua relação. No entanto, na presente amostra encontra-se mais representado o nível sócio-económico inferior.

Em relação ao grau de parentesco com os sujeitos com agorafobia, a distribuição dos resultados pode ser observada no Quadro 68 que se segue.

Quadro 68

Distribuição da amostra de *Significativos* por Grau de Parentesco.

| Mãe / Pai <i>n (%)</i> | Irmã(o) <i>n (%)</i> | Cônjuge <i>n (%)</i> | Amiga(o) <i>n (%)</i> | Total <i>N (%)</i> |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 9 (22.5) | 7 (17.5) | 20 (50.0) | 4 (10.0) | 40 (100) |

Da análise do quadro constatamos que a grande maioria (- 50%) dos *significativos*, corresponde ao cônjuge ou namorado(a) do respectivo sujeito. A seguir, encontram-se familiares directos, sendo em 22.5% casos a mãe ou o pai e em 17.5% situações uma irmã ou irmão. A possibilidade do *significativo* ser um amigo ou amiga, ocorreu apenas em 10% dos casos da amostra.

4.2.2 Instrumentos

Neste estudo foram utilizadas duas medidas de avaliação da validade divergente e um breve questionário sobre dados demográficos.

Como instrumentos de avaliação da validade, preparámos adaptações dos questionários construídos para o estudo com os sujeitos com agorafobia, constituindo uma versão específica para *significativos*. A adaptação dos questionários consistiu, basicamente, na passagem das instruções e dos graus da escala de Likert para a terceira pessoa, como passaremos a ver nos instrumentos a seguir apresentados.

4.2.2.1 *Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo – Versão para Significativos*

Este instrumento foi organizado segundo dois formatos, um destinado à administração directa por parte do investigador, e outro para aplicação indirecta via correio.

Nos casos de aplicação directa por parte do investigador – modalidade privilegiada neste estudo – a versão corresponde ao sistema de cartões, já apresentado no estudo anterior (ponto 4.2.2.6). O sujeito dispõe de um cartão grande com cinco rectângulos desenhados e numerados do primeiro ao quinto lugar e de cinco cartões com as diversas narrativas, sendo-lhe solicitado que as coloque na vertical, de cima para baixo, desde a que mais identifica com seu(sua) familiar / amigo(a), até à que menos identifica. A folha para registo dos resultados tem também a mesma configuração da usada com os sujeitos com agorafobia, em que o investigador escreve na linha indicada o texto correspondente à narrativa colocada em cada um dos cinco lugares (ver Anexo29).

O formato concebido para aplicação indirecta é constituído por um questionário de seis folhas, que contempla o seguinte: uma folha de rosto com espaço para os dados demográficos e com o texto das instruções, e cinco folhas para as diversas narrativas, em que no final de cada uma se encontra uma linha horizontal com o 1º, 2º, 3º, 4º e 5º lugares de ordem registados, cabendo ao sujeito assinalar em qual deles situa a identificação do sujeito com a respectiva história (ver Anexo30).

4.2.2.2 *Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo – Versão para Significativos*

O segundo instrumento apresenta globalmente a mesma configuração do que foi utilizado com os sujeitos com agorafobia no estudo anterior, dispondo agora de uma folha de rosto com as instruções e o registo de dados demográficos, estes últimos apenas no caso de se usar

o instrumento anterior na versão de aplicação directa. Na escala de Likert que sucede a cada narrativa, cada ponto é seguido de uma referência ao grau de relação, evoluindo por ordem crescente desde “nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)”, até “total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)”, frisando que a identificação solicitada é com o outro (familiar ou amigo(a) com agorafobia) e não com o próprio (ver Anexo 31).

Ambos os instrumentos dispõem de uma versão feminina e outra masculina, em que as narrativas estão escritas num género ou no outro, para serem distribuídas de acordo com o sexo do sujeito a que se refere a descrição, neste caso, o sujeito com agorafobia conhecido do significativo.

4.2.2.3 *Questionário de Dados Demográficos de Significativos*

Para recolha de dados demográficos, foi preparada uma pequena ficha onde consta o nome (para daí se inferir o sexo), a data de nascimento, a profissão, as habilitações literárias, o grau de parentesco/relação com o sujeito com agorafobia que solicitou a sua participação e uma questão sobre a percepção quanto ao tempo de evolução da perturbação do(a) familiar / amigo(a). Na codificação foi calculado o índice do Graffar, apenas com base nos dois parâmetros disponíveis (profissão e habilitações), como forma de facilitar o enquadramento desta informação e proporcionar a sua eventual relação com o respectivo valor na amostra dos sujeitos com agorafobia (ver Anexo 32).

Este questionário é integrado como cabeçalho, ora do segundo questionário (de avaliação de narrativas protótipo), ora do primeiro questionário (de hierarquização de narrativas protótipo / versão B) nos casos de administração indirecta, em função daquele que corresponde ao primeiro questionário de papel e lápis que o sujeito tem à sua frente para preencher.

4.2.3 Procedimentos

4.2.3.1 Recolha de dados

Ao contactarmos telefonicamente os sujeitos com agorafobia que participaram no estudo anterior, solicitávamos que se fizessem acompanhar à entrevista, de alguém da família ou amigo que considerassem que os conhecia bem e que fosse para eles uma pessoa afectivamente significativa. Explicitávamos que a realização de um breve questionário a alguém com quem tivessem uma relação próxima fazia parte do estudo, pelo que agradeceríamos que fossem feitos todos os esforços para que essa pessoa também comparecesse no encontro marcado.

Com efeito, na generalidade dos casos os sujeitos fizeram-se acompanhar de alguém que elegeram para também participar no estudo. A entrevista com o significativo decorria individualmente, sendo-lhe explicado oralmente e de modo global os objectivos do estudo, e assegurada a confidencialidade das respostas. Face à inquietação de alguns significativos, que referiam ter receio de não estar a responder correctamente, sugerindo que seria melhor perguntar ao próprio sujeito, passámos a informar que os questionários a que iam responder eram comuns a uma parte dos que pedíamos ao conhecido e a sublinhar que aquilo que nos interessava, no momento, era a sua opinião a esse respeito. A opção de não usar uma folha de consentimento escrito, prendeu-se com a estratégia de assumir que a colaboração era basicamente prestada ao familiar/amigo(a) e não directamente ao investigador, a qual nos pareceu facilitar a sua participação.

A ordem de aplicação dos questionários foi constante, sendo primeiro o da ordenação, com os cartões apresentados na sequência em que as narrativas se encontravam no questionário do grau de relação e, a seguir, o questionário do grau de relação. O género em que as narrativas estavam escritas foi emparelhado com o sexo dos sujeitos de quem eram significativos.

Quanto ao momento da aplicação foi variável, podendo ocorrer antes da entrevista ao sujeito, já que essa seria mais longa, ou no final,

opção que era deixada ao critério de ambos. Aconteceu também, em situações em que as duas investigadoras se encontravam disponíveis, realizar as entrevistas em simultâneo. Em casos mais raros, a entrevista com o(a) significativo(a) decorreu num outro dia de maior conveniência para si, sempre após a realização da entrevista ao sujeito.

Nas situações em que se tornava praticamente impossível o contacto directo com o(a) significativo(a), clarificávamos junto do sujeito com agorafobia qual era a pessoa que tinha efeito para participar no estudo e pedíamos para lhe levar os questionários, num envelope devidamente selado e endereçado para o reenvio. Esclarecíamos com o sujeito qual as tarefas que iriam ser solicitadas à pessoa significativa, a possibilidade de ajudar a explicar o que se pretendia (uma vez que já tinha realizado uma actividade semelhante), embora com o cuidado de não influenciar com a sua opinião as escolhas do outro. Finalmente, procurávamos firmar uma data para reenvio do envelope por correio azul e confirmávamos o contacto telefónico do sujeito para o caso de haver algum desencontro, sinalizando assim, que centrávamos nele a responsabilidade da resposta àquele pedido.

4.2.3.2 Análise dos dados

Deste estudo resultam dados de validação com características semelhantes aos do estudo anterior, pelo que as análises desenvolvidas serão, globalmente, do mesmo tipo.

Neste sentido, para comparar a avaliação feita pelas pessoas significativas quanto ao grau de identificação de cada uma das narrativas com os sujeitos com agorafobia, utilizámos a análise de variância não-paramétrica para medidas repetidas de Friedman, seguida da fórmula de comparações múltiplas proposta por Silva (1994), tal como no estudo anterior.

Com vista a analisar a relação entre os resultados obtidos através do primeiro e do segundo questionários utilizados para a validação divergente, especificamente quanto à identificação atribuída à narrativa

protótipo da agorafobia, recorreremos ao cruzamento das duas variáveis e ao respectivo coeficiente de correlação de Spearman.

A seguir, abordamos a existência de relações entre as identificações e as variáveis demográficas disponíveis, através do cálculo da validação divergente em subamostras e, finalmente, de uma análise de regressão múltipla, segundo o método de *stepwise*.

Numa última fase, com o objectivo de explorar a existência de relação entre os resultados de identificação propostos pelos significativos e os resultados atribuídos pelos respectivos sujeitos com agorafobia, no estudo anterior, às diversas narrativas e de acordo com os resultados da ordenação e do grau, desenvolvemos análises de correlações de Spearman e uma análise discriminante.

4.3 Resultados

Conseguimos obter a totalidade das respostas, embora as enviadas por correio exigissem da nossa parte alguma insistência e num dos casos a negociação de uma alternativa quanto ao significativo, pelo facto da pessoa inicialmente eleita se ter recusado a responder. Um problema adicional nas respostas enviadas pelo correio foi a existência de “erros” no preenchimento do primeiro questionário, não respeitando a necessidade de ocupar todos os lugares e colocando mais do que uma narrativa com o mesmo número de ordem. Nesses casos anulamos todas as respostas do respectivo questionário, excluindo assim três sujeitos, no respeitante a essas variáveis.

Os resultados serão apresentados em duas partes: uma primeira dedicada à análise das validações realizadas por estes quarenta sujeitos e uma segunda centrada na análise das relações entre estes resultados e os dos sujeitos com agorafobia.

4.3.1 Resultados da validação divergente

4.3.1.1 Relação estabelecida pela amostra global de significativos, entre cada uma das cinco narrativas protótipo e o seu familiar/ amigo(a) com agorafobia

Passaremos a apresentar os resultados obtidos através dos dois procedimentos usados - hierarquização (ordem) e avaliação (grau) - para solicitar aos sujeitos a atribuição da relação de cada narrativa protótipo com o(a) familiar / amigo(a). Tal como tínhamos procedido relativamente aos dados dos sujeitos com agorafobia, no primeiro instrumento codificámos a ordenação efectuada pelos sujeitos no sentido de atribuir ao primeiro lugar o valor cinco e ao quinto lugar o valor um, de modo a que em ambos os instrumentos, os níveis da escala superiores correspondam a uma maior identificação da narrativa com o(a) familiar / amigo(a).

Começaremos pela leitura das frequências do valor de identificação que os significativos consideraram existir entre cada uma das cinco narrativas protótipo e o seu conhecido com agorafobia. Faremos a apresentação conjunta em relação aos resultados da ordenação e aos resultados do grau, em virtude da sua quase sobreposição, tal como se pode observar no Quadro 69.

Quadro 69

Medidas descritivas dos resultados da ordenação e do grau das identificações (1 – menor identificação, 5 – máxima identificação) com as cinco narrativas protótipo (NP), segundo os significativos.

| Resultados da Ordenação | Mínimo | | Máximo | | Moda | | Mediana | | Percentis | | | |
|-------------------------|--------|------|--------|------|-------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
| | | | | | | | | | P 25 | | P 75 | |
| | Ordem | Grau | Ordem | Grau | Ordem | Grau | Ordem | Grau | Ordem | Grau | Ordem | Grau |
| NP Agorafobia | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4.3 |
| NP Depressão | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 / 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| NP Alcoolismo | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| NP Toxicodependência | 1 | 1 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| NP Anorexia | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |

A análise do quadro permite constatar, quanto à identificação estabelecida pelos significativos entre a narrativa protótipo da agorafobia e os sujeitos conhecidos, que a mediana é de quatro, apontando para “muita relação”, encontrando-se apenas em 25% da amostra uma avaliação inferior a três (“tem relação”). Entretanto 25% dos significativos atribuem-lhe, nos resultados da ordenação, uma identificação máxima e, nos resultados do grau, não atinge a “total relação”, embora se situem num valor ligeiramente superior a “muita relação” ($P75=4.3$). Ao nível dos valores da moda também se nota esta ligeira oscilação de valores, sendo que a maioria dos sujeitos da amostra, a nível da ordenação, situam esta narrativa em primeiro lugar e, quanto ao grau, atribuem-lhe o valor quatro, o qual indica “muita relação”.

No que diz respeito às avaliações dos significativos quanto às outras narrativas, sobressai a proximidade dos valores atribuídos à narrativa da depressão em relação à da agorafobia, seguida de valores mais intermédios para a narrativa do alcoolismo e de valores claramente inferiores nas narrativas da anorexia e da toxicodependência. O valor da mediana na narrativa da depressão é sempre de quatro (embora nos resultados da ordenação existam duas modas, respectivamente de quatro e de cinco), sendo que o $P25$ é igual a dois nos resultados de ordenação, indicando que até 25% da amostra de significativos atribuem “nenhuma” ou “pouca relação”, subindo para três nos resultados do grau (“tem relação”). Quanto aos 25% da amostra que indicam valores mais elevados para a relação dos sujeitos com esta narrativa, deparamo-nos, nos resultados da ordenação, com um máximo de cinco e, nos resultados do grau, com uma descida para quatro. Assim, de acordo com o juízo dos significativos, a relação da narrativa da depressão com os sujeitos com agorafobia, da avaliação da ordenação para a do grau, parece passar a ser mais convergente para valores intermédios, distanciando-se dos extremos.

Nas restantes narrativas, do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia, os valores modais, da mediana e dos percentis mantêm-se exactamente os mesmos. Assiste-se também a uma coincidência total

de valores entre a moda e a mediana, sendo na narrativa do alcoolismo de três, na da anorexia de dois e na da toxicodependência de um. Das classificações atribuídas a estas três narrativas sobressai, na narrativa do alcoolismo quanto aos resultados do grau, o valor de $P75$ de quatro, que se iguala à narrativa da depressão e se aproxima da agorafobia. Quer isto dizer que também 25% da amostra considerou existir “muita relação” ou “total relação” entre os sujeitos com a agorafobia e a narrativa do alcoolismo, embora neste último caso se sugira um forte contraste com a opinião dos restantes significativos.

Quanto aos valores mínimo e máximo, constatámos que são semelhantes em todas as narrativas e apelam para apreciações extremas da intensidade de identificação. Isto significa que, em relação a cada uma das cinco narrativas protótipo, há sempre algum significativo que as selecciona, quer como não tendo qualquer relação com o conhecido, quer como sugerindo uma identificação máxima com o sujeito com agorafobia.

Passemos agora para a análise ao nível da comparação entre as ordens média de identificação propostas para cada uma das narrativas.

Para comparar estatisticamente as diferenças atribuídas à identificação dos sujeitos com agorafobia com as diversas narrativas, recorreremos à análise de variância não-paramétrica para medidas repetidas de Friedman, computada através do programa SPSS (versão 10.0). A distribuição das ordens médias de relação, quer quanto aos resultados da ordenação, quer quanto aos resultados do grau, constam do Quadro 70 que se segue.

Quadro 70

Ordens médias de identificação com as narrativas protótipo, segundo os *significativos* e χ^2 de Friedman, quer para os resultados da ordenação quer para o grau.

| Narrativas Protótipo | Ordem Média das Ordenações | Ordem Média dos Graus |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| da Agorafobia | 3,78 | 3,79 |
| da Depressão | 3,49 | 3,75 |
| do Alcoolismo | 3,24 | 3,25 |
| da Anorexia | 2,57 | 2,51 |
| da Toxicodependência | 1,92 | 1,70 |
| $\chi^2(4) = 33.54, p < .001$ | | $\chi^2(4) = 55.10, p < .001$ |

Nota: Destacamos em negro os valores da ordem média mais elevadas em cada distribuição.

Da leitura do quadro ressalta que a sucessão dos valores de ordem média é equivalente em ambas as distribuições. Assim, tanto nos resultados da ordenação como nos do grau, a narrativa protótipo da agorafobia atinge o valor de identificação mais elevado, em conformidade com o que prevíamos. Com ordens médias sucessivamente decrescentes, surgem as narrativas da depressão, do alcoolismo, da anorexia e, finalmente, da toxicodependência. Note-se, no entanto, que as médias das três primeiras narrativas (da agorafobia, da depressão e do alcoolismo) assumem valores muito próximos e todos num grau intermédio de identificação (no segundo questionário fraseado como “tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)”), tendo as décimas a aproximá-los da “muita relação”.

A análise realizada revela a existência de diferenças altamente significativas entre as ordens médias, tanto a nível da ordenação ($X^2(4)=33.54, p<.001$), como do grau ($X^2(4)=55.10, p<.001$), garantindo alguma discriminação na relação estabelecida pelos significativos, entre os sujeitos conhecidos e as diversas narrativas.

Tratava-se agora de definir exactamente entre que pares de narrativas é que as diferenças entre as ordens médias eram significativas, para o que foi aplicada à fórmula de comparações múltiplas proposta por Silva (1994) (ver Anexo 27). Esta análise tem como objectivo comparar amostras duas a duas, quando foi refutada a hipótese nula no teste de Friedman, tal como já foi referido no estudo anterior. Os resultados de identificação entre duas narrativas serão significativamente diferentes, do ponto de vista estatístico, quando as diferenças entre as somas das suas ordens for superior ao resultado da fórmula das comparações múltiplas. Para este efeito, os dados obtidos através do *grau de relação*, foram transformados em valores de ordem e as análises foram computadas através do programa preparado em Excel.

Uma síntese dos resultados das análises efectuadas para os valores da ordenação e do grau, figuram no Quadro 71 a seguir apresentado, em que se pode observar, para cada par de narrativas, o valor da diferença entre os somatórios dos respectivos valores de ordem, bem como, em

função do resultado obtido na fórmula das comparações múltiplas, a significância dessas diferenças, respectivamente indicadas pelo algarismo "1" ou "0" à frente de cada par de narrativas.

Quadro 71

Comparação da Identificação atribuída pelos *significativos* entre os pares de narrativas protótipo (NP) e Significância Estatística das respectivas diferenças, com base na fórmula das comparações múltiplas, na qual se obtiveram os valores de 28.81 e de 29.33, respectivamente, resultados da ordenação e do grau.

| Resultados da Ordenação (N=37) | | | Resultados do Grau (N=40) | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Pares de Narrativas Protótipo (somatórios dos valores de ordem) | Diferença dos somatórios dos valores de ordem | Significância estatística da diferença | Pares de Narrativas Protótipo (somatórios dos valores de ordem) | Diferença dos somatórios dos valores de ordem | Significância estatística da diferença |
| NPAgo / NPDep (140) (129) | 11 | 11<28.81; N.S. | NPAgo / NPDep (151.5) (150.0) | 1.5 | 1.5<29.33; N.S. |
| NPAgo / NPAlc (140) (120) | 20 | 20<28.81; N.S. | NPAgo / NPAlc (151.5) (130.0) | 21.5 | 21.5<29.33; N.S. |
| NPAgo / NPTox (140) (71) | 69 | 69>28.81; p<.05 | NPAgo / NPTox (151.5) (68.0) | 83.5 | 83.5>29.33;p<.05 |
| NPAgo / NPAno (140) (95) | 45 | 45>28.81; p<.05 | NPAgo / NPAno (151.5) (100.5) | 51.0 | 51.0>29.33;p<.05 |
| NPDep / NPAlc (129) (120) | 9 | 9<28.81; N.S. | NPDep / NPAlc (150.0) (130.0) | 20.0 | 20.0<29.33; N.S. |
| NPDep / NPTox (129) (71) | 58 | 58>28.81; p<.05 | NPDep / NPTox (150.0) (68.0) | 82.0 | 82.0>29.33;p<.05 |
| NPDep / NPAno (129) (95) | 34 | 34>28.81; p<.05 | NPDep / NPAno (150.0) (100.5) | 49.5 | 49.5>29.33;p<.05 |
| NPAlc / NPTox (120) (71) | 49 | 49>28.81; p<.05 | NPAlc / NPTox (130.0) (68.0) | 62.0 | 62.0>29.33;p<.05 |
| NPAlc / NPAno (120) (95) | 25 | 25<28.81; N.S. | NPAlc / NPAno (130.0) (100.5) | 29.5 | 29.5>29.33;p<.05 |
| NPTox / NPAno (71) (95) | -24 | -24<28.81; N.S. | NPTox / NPAno (68.0) (100.5) | -32.5 | -32.5<29.33; N.S. |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) A subtração dos somatórios dos valores de ordem é efectuada, assumindo sempre como primeira parcela, a narrativa apresentada à esquerda do par;
(3) Os valores "1" e "0" correspondem, respectivamente, à existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre as identificações com as narrativas de cada par.

A leitura do quadro evidencia um padrão de diferenças estatisticamente significativas muito semelhante entre os resultados da ordenação e do grau. Especificamente, no que concerne à relação estabelecida entre sujeitos com agorafobia e a narrativa protótipo da respectiva perturbação, constatámos que, em ambas as distribuições, essa identificação é significativamente superior à atribuída às narrativa da toxicodependência e da anorexia; no entanto, já não é estatisticamente

significativa a diferença com a narrativa da depressão e com a do alcoolismo. Por outras palavras, não existem diferenças significativas entre o grau de relação que os significativos encontraram entre as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo e os seus conhecidos. Note-se, aliás, que esta indiferenciação entre a identificação com a narrativa da depressão e a do alcoolismo é ainda reforçada pelo resultado relativo ao respectivo par, o qual também não apresenta uma diferença significativa.

Quanto aos restantes pares de narrativas, a situação varia entre os resultados da ordenação e do grau, sendo que, nestes últimos, todos eles apresentam diferenças significativas entre si (de acordo com a sequência de ordens médias já analisada), enquanto que, com base no resultados da ordenação, a narrativa protótipo da anorexia não se diferencia das narrativas do alcoolismo e da toxicodependência.

Em suma, no que diz respeito à narrativa protótipo da agorafobia, a hipótese que inicialmente colocámos a seu respeito não se confirma na totalidade, mas apenas no que respeita a uma discriminação positiva em relação às narrativas da anorexia e da toxicodependência.

4.3.1.2 Relação entre os resultados da ordenação e os resultados do grau

Numa fase seguinte passamos a analisar a relação existente entre as identificações atribuídas através da ordenação e da avaliação do grau, dado constituírem procedimentos de validação paralelos e a leitura de dados que acabámos de apresentar sugerir uma forte convergência dos resultados.

Para este efeito, e de acordo com o procedimento usado no estudo anterior, seleccionamos apenas os resultados ao nível da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, o que implica como variáveis o lugar que os significativos atribuíram à narrativa da agorafobia, na identificação com os "conhecidos" e o grau com que avaliaram a relação desta mesma narrativa com esses sujeitos. Assim, do cruzamento destas

duas variáveis obtivemos a distribuição de frequências que se pode observar no quadro 72 a seguir apresentado.

Quadro 72

Distribuição da amostra de *Significativos* no cruzamento dos *Resultados da Ordenação* com os *Resultados do Grau* atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia.

| | | Grau de relação com a Narrativa Protótipo da Agorafobia | | | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|---------|---------------|---------------|-------|
| | | Nenhuma relação | Alguma relação | Relação | Muita relação | Total relação | Total |
| Ordem atribuída à Narrativa Protótipo da Agorafobia | Identificação em 5º lugar | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Identificação em 4º lugar | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| | Identificação em 3º lugar | 1 | 0 | 6 | 4 | 0 | 11 |
| | Identificação em 2º lugar | 0 | 1 | 2 | 4 | 3 | 10 |
| | Máxima identificação | 0 | 0 | 1 | 6 | 5 | 12 |
| | Total | 1 | 3 | 10 | 15 | 8 | 37 |

Na análise do quadro sobressaem como situações de maior convergência nas avaliações, a atribuição do terceiro lugar na ordenação e de uma avaliação com grau três ("tem relação") por parte de seis significativos e de máxima identificação com "total relação" por parte de cinco deles. Verificámos ainda que quatro sujeitos que colocam esta narrativa em terceiro lugar, depois atribuem-lhe um grau de "muita relação" e que este mesmo grau corresponde à maioria dos que colocaram a narrativa em primeiro lugar. Isto sugere que a "muita relação" corresponde indiferenciadamente desde o primeiro ao terceiro lugar e que a "total relação" ao primeiro e ao segundo lugares da hierarquia. Observa-se, globalmente, uma certa tendência para a correspondência directa entre os valores da ordenação e do grau. Quando estes não correspondem, é patente a tendência para existirem valores ligeiramente mais elevados na ordenação do que no grau (embora existam alguns casos em que se passa o inverso).

A seguir, através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, concluímos que existe uma correlação positiva altamente significativa ($r_{sp} = .58$, $p < .001$) entre estas duas variáveis, isto é, dos

resultados da ordenação e do grau, para a narrativa protótipo da agorafobia. Assim, poderemos afirmar que existe uma forte associação entre as variáveis e que estas variam em razão directa, sugerindo que quando os significativos atribuem um lugar hierarquicamente superior à identificação dos sujeitos conhecidos com a narrativa da agorafobia, também avaliam com um grau elevado a relação com ela.

A confirmação estatística de uma associação positiva entre estas duas variáveis, permite-nos evitar a redundância de análises no estudo da validação em subamostras, elegendo, para o efeito, apenas os resultados do grau, em virtude de abrangerem o total de sujeitos da amostra (o que não se verifica com os da ordenação).

4.3.1.3 Validação divergente de subamostras definidas com base em variáveis descritivas da amostra

Como forma de aprofundar o nosso conhecimento sobre a avaliação que os significativos efectuaram quanto à identificação dos sujeitos com agorafobia seus conhecidos, com as diversas narrativas, passaremos a explorar a possibilidade de determinadas características demográficas corresponderem a padrões de discriminação da narrativa protótipo da agorafobia distintos.

Neste sentido, e inspirados nas análises de dados aplicadas aos sujeitos com agorafobia, passaremos a estudar a validação divergente com base nos resultados *do grau* (de forma diferente do que acontecera no estudo anterior), efectuada por subamostras de *significativos*, definidas de acordo com as seguintes variáveis descritivas da amostra: (1) sexo, (2) nível sócio-económico e (3) grau de parentesco.

Para esse efeito iremos apresentar quadros correspondentes aos utilizados no terceiro estudo para esta temática. Pretendemos disponibilizar, de forma compactada, os diversos resultados, obtidos através dos tratamentos implicados na análise da validação, e cuja exploração exaustiva se encontra no estudo anterior.

(1) Validação divergente separadamente em subamostras de significativos de acordo com o Sexo

Começaremos por apresentar a validação divergente, tendo em conta a avaliação proposta através dos resultados do grau separadamente por mulheres e homens, encontrando-se os resultados sintetizados no Quadro 73 que se segue.

Quadro 73

Resultados da Validação Divergente separadamente por sexo na amostra de *significativos*.

| Sexo Feminino <i>n</i> = 31 | Sexo Masculino <i>n</i> = 9 |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (117.5) | <i>NP Ago</i> (34.0) |
| <i>NP Dep</i> (117.0 / 0.5) | <i>NP Dep</i> (33.0 / 1.0) |
| <i>NP Alc</i> (106.0 / 11.5) | <i>NP Alc</i> (24.0 / 10.0) |
| <i>NP Ano</i> (77.5 / 40.0) | <i>NP Ano</i> (23.0 / 11.0) |
| <i>NP Tox</i> (47.0 / 70.5) | <i>NP Tox</i> (21.0 / 13.0) |
| $\chi^2(4) = 51.32, p < .001$ | $\chi^2(4) = 7.30, p > .1$ |
| <i>FCM</i> = 25.77 | <i>FCM</i> = 15.63 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;

(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;

(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;

(4) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

A leitura do quadro permite constatar que em ambas as subamostras se evidencia os significativos encontrarem, para os sujeitos conhecidos, uma identificação superior com narrativa protótipo da agorafobia do que com qualquer das outras, resultando diferenças estatisticamente significativas, apenas na subamostra feminina e em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia.

(2) Validação divergente separadamente em subamostras de significativos de acordo com o Nível Sócio-Económico

Para analisar a validação realizada por significativos de diferentes níveis sócio-económicos, agrupamos a respectiva variável em três categorias, tal como aliás, procedemos no estudo anterior. A partir da classificação de Graffar, estabelecemos uma correspondência, entre os

níveis 4 e 5, o nível 3 e os níveis 1 e 2, respectivamente, com o nível sócio-económico baixo, médio e alto, cujos resultados constam do Quadro 74 a seguir apresentado.

Quadro 74

Resultados da Validação Divergente separadamente por Nível Sócio-Económico (NSE) dos *significativos*.

| NSE Baixo <i>n</i> = 15 | NSE Médio <i>n</i> = 5 | NSE Elevado <i>n</i> = 20 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>NP Ago</i> (58.0) | <i>NP Ago</i> = NP Dep (20.5) | NP Dep (75.0 / -2.0) |
| NP Dep (54.5 / 3.5) | <i>NP Ago</i> = NP Dep (20.5) | <i>NP Ago</i> (73.0) |
| NP Alc (47.5 / 10.5) | NP Alc (16.5 / 4.0) | NP Alc (66.0 / 7.0) |
| NP Ano (40.5 / 17.5) | NP Ano (11.5 / 9.0) | NP Ano (48.5 / 24.5) |
| NP Tox (24.5 / 33.5) | NP Tox (6.0 / 14.5) | NP Tox (37.5 / 35.5) |
| $\chi^2(4) = 20.84, p < .001$ | $\chi^2(4) = 13.42, p < .01$ | $\chi^2(4) = 22.92, p < .001$ |
| FCM = 19.31 | FCM = 12.51 | FCM = 21.57 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Através da observação do quadro, verificámos que a sucessão das ordens médias das diversas narrativas não é exactamente a mesma nas subamostras dos três níveis sócio-económicos, cabendo à narrativa protótipo da agorafobia o primeiro lugar na subamostra do nível baixo e na do nível médio, mas neste caso a par da narrativa da depressão. Esta última, parece que vai ganhando importância identificatória à medida que o nível sócio-económico aumenta, uma vez que, no nível elevado, obtém a ordem média mais elevada, seguida da narrativa da agorafobia. Quanto à significância estatística das diferenças entre a identificação atribuída à narrativa da agorafobia e às restantes, constatámos que os *significativos* dos níveis baixo e médio apenas discriminam a narrativa protótipo da agorafobia da narrativa da toxicodependência, enquanto que os do nível superior diferenciam também da narrativa da anorexia.

(3) Validação divergente separadamente em subamostras de significativos de acordo com o Grau de Parentesco

A seguir, debruçamo-nos sobre os resultados da validade em subamostras correspondentes ao grau de relação de cada um dos significativos com o respectivo sujeito com agorafobia, seu conhecido. Os resultados obtidos figuram no Quadro 75 que abaixo apresentamos.

Quadro 75
Resultados da Validação Divergente por Grau de Parentesco.

| Pais <i>n</i> = 9 | Irmãos <i>n</i> = 7 | Cônjuges/Namorados <i>n</i> = 20 | Amigos <i>n</i> = 4 |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| NP Dep (34.0 / -4.5) | NPDep=NPAIc (24.0/-1.5) | <i>NP Ago</i> (82.5) | <i>NP Ago</i> (16.5) |
| NP Alc (30.5 / -0.5) | NPDep=NPAIc (24.0/-1.5) | NP Dep (77.5 / 5.0) | NPDep=NPAIc(14.5/2.5) |
| <i>NP Ago</i> (30.0) | <i>NP Ago</i> (22.5) | NP Alc (61.0 / 21.5) | NPDep=NPAIc(14.5/2.5) |
| NP Ano (28.5 / 1.5) | NP Ano (17.5 / 5.0) | NP Ano (47.5 / 35.0) | NP Tox (7.5 / 9.0) |
| NP Tox (12.0 / 18.0) | NP Tox (17.0 / 5.5) | NP Tox (31.5 / 51.0) | NP Ano (7.0 / 9.5) |
| $\chi^2(4) = 14.69, p<.01$ | $\chi^2(4) = 2.92, p>.1$ | $\chi^2(4) = 38.85, p<.001$ | $\chi^2(4) = 8.32, p=.08$ |
| <i>FCM</i> = 14.99 | <i>FCM</i> = 19.46 | <i>FCM</i> = 20.59 | <i>FCM</i> = 14.40 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas protótipo (NP) encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa da agorafobia;
(3) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo;
(4) O **negro** destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à da agorafobia.

Numa primeira leitura do quadro ressalta, de imediato, a distribuição dos cônjuges/namorados, em cuja supremacia da identificação atribuída à narrativa protótipo da agorafobia, surge claramente discriminada das restantes, apresentando diferenças estatisticamente significativas, para além das narrativas da toxicodependência e da anorexia, também em relação à do alcoolismo, o que sucede pela única vez na amostra de significativos.

Relativamente, à posição das ordens médias, gostaríamos de salientar o perfil de resultados apresentado pelos amigos, no qual surge, pela primeira vez nas avaliações dos significativos, uma identificação maior com a narrativa da toxicodependência do que com a da anorexia (o que coincide com a opção dominante nos sujeitos com agorafobia). Ainda nesta subamostra, observa-se que a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia tende a ser superior, o que contrasta com a terceira

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

posição para que fica relegada nas subamostras de familiares de primeiro grau. Efectivamente, um aspecto curioso, consiste no facto de as identificações atribuídas pelos pais e pelos irmãos, apresentarem uma sucessão de valores muito próxima e com protagonismo das narrativas da depressão e do alcoolismo. Contudo, em nenhuma delas, esses valores são estatisticamente superiores aos da identificação com a narrativa da agorafobia e, de acordo com a opinião dos pais, esta última ainda apresenta uma diferença significativa em relação à narrativa da toxicod dependência.

4.3.1.4 Resultados da análise de regressão múltipla

Na expectativa de analisar em que medida as diferenças observadas nas validações das subamostras indiciavam variáveis explicativas das identificações atribuídas pelos significativos, fornecendo-nos alguma previsibilidade dos resultados, recorreremos à análise de regressão múltipla, segundo o método *Stepwise*. Numa primeira fase, envolvemos todas as variáveis descritivas da amostra de significativos disponíveis, a saber, o sexo, a idade, o nível sócio-económico e o grau de parentesco. Assumimos como variável dependente a identificação com a narrativa da agorafobia segundo o resultado da ordenação ($N=37$ sujeitos) e verificámos que nenhuma das variáveis revelou constituir um preditor significativo.

A seguir, para abranger todos os sujeitos da amostra ($N=40$), aplicámos a análise de regressão, definindo agora como variável dependente a identificação com a narrativa da agorafobia, de acordo com o resultado do grau. Neste caso, do conjunto das variáveis independentes previamente seleccionadas e que correspondiam às características demográficas da amostra, distinguiu-se uma como explicativa, tal como se pode observar no Quadro 76 que sintetiza os resultados.

Quadro 76

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau atribuído pelos *Significativos*, à identificação dos conhecidos com a narrativa protótipo da agorafobia.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|--------------------|-------|---------|--------|------------------|
| Grau de Parentesco | .11 | -.33 | -2.15* | $F(1,38)=4.61^*$ |

* $p < .05$

A leitura do quadro permite apreciar que o modelo de regressão apresentado explica, melhor do que o acaso, a variável dependente do grau atribuído pelos significativos à relação entre a narrativa protótipo da agorafobia e os sujeitos seus conhecidos ($F(1,38)=4.61$, $p < .05$). Constatamos assim, que a variável *grau de parentesco* constitui uma variável significativamente preditora, sendo o coeficiente β de $-.33$, com valor $t(38) = -2.15$, $p < .05$, do grau de relação atribuído pelos significativos entre a narrativa da agorafobia e os sujeitos com agorafobia, explicando 11% da variância dos resultados. Atendendo a que a variável se encontrava dividida em dois grupos, um de familiares de sangue com pais e irmãos (a que atribuímos a codificação de um) e outro com cônjuges e amigos (com a codificação de zero), foi aplicado o teste de Mann-Whitney, para clarificar qual o grupo com resultados de identificação mais elevados e a existência de diferenças significativas entre si, tendo-se verificado que avaliação de cônjuges ou amigos (ordem média = 23.88) é a responsável por uma maior identificação com a narrativa protótipo da agorafobia do que a atribuída pelos pais ou irmãos (ordem média = 15.44). Sendo a diferença entre as ordens médias dos dois grupos estatisticamente significativas ($p < .05$), podemos afirmar que são os cônjuges e amigos que atribuem uma maior relação entre a narrativa da agorafobia e o seu cônjuge/amigo com agorafobia.

Numa segunda etapa, com o objectivo de melhor apreender a previsibilidade dos resultados dos significativos procedemos a uma segunda análise de regressão múltipla. Tendo em consideração variáveis descritivas da amostra, aquela que se revelou explicativa, apela para a dimensão de relacionamento entre os significativos e os sujeitos com a agorafobia, implica como variáveis independentes as variáveis que se

tinham revelado explicativas no estudo anterior. Trata-se de analisar, de que modo determinados aspectos descritivos dos sujeitos com agorafobia que os *significativos* estavam a analisar (e parcialmente determinantes das suas escolhas), poderiam também ser explicativos das suas respostas. As variáveis independentes consideradas foram, então, o *factor dependência*, o *factor perda pais* e a co-morbilidade no Eixo II.

Voltamos a realizar as análises de regressão múltipla, assumindo como variáveis dependentes, primeiro o resultado da ordenação e, depois o resultado do grau de identificação atribuído à narrativa da agorafobia.

Quando adoptámos como variável dependente a ordem de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, obtivemos o modelo de regressão que consta do quadro 77 a seguir exposto.

Quadro 77

Análise de Regressão Múltipla para predição da *ordem* atribuída pelos *significativos* à narrativa da agorafobia, envolvendo variáveis descritivas dos sujeitos com agorafobia.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------|-------|---------|---------|-----------------------|
| Factor Perda Pais | .19 | -.43 | -2.85** | $F(1,35) = 8.13^{**}$ |

** $p < .01$

A análise do quadro revela que entre as variáveis independentes preditoras dos resultados dos sujeitos com agorafobia, no caso dos seus *significativos*, apenas o *factor perda pais* explica 19% da variância dos resultados. Trata-se, efectivamente, de um preditor significativo ($F(1,35)=8.13, p<.01$), na medida em que se obteve o coeficiente β de -.43, com valor de $t(35)= -2.85, p<.01$. Este preditor apresenta uma relação negativa, sugerindo que quando os sujeitos com agorafobia não perderam um ou ambos os pais na infância, os seus *significativos* tendem a atribuir uma ordem de identificação superior com a narrativa da agorafobia, do que nos casos em que houve perda de pais. De acordo com os resultados de Mann-Whitney confirmou-se que os sujeitos que não tinham perdido qualquer dos pais apresentavam uma ordem média (21.21) superior aos outros (7.00), sendo o $p=.08$, valor apenas próximo da significância, o que poderá estar ligado a um número muito reduzido de sujeitos nessas circunstâncias (dois sujeitos).

A análise de regressão conduzida sobre a avaliação quanto ao grau de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, mostrou que o modelo proposto não explicava melhor do que o acaso a variável dependente em estudo.

Num terceiro momento, focalizámos o nosso interesse nas variáveis directamente ligadas à realização das escolhas identificatórias dos próprios sujeitos com agorafobia, procurando explorar em que medida estas poderiam prever os resultados dos seus significativos. Para esse efeito, utilizámos como variáveis independentes os resultados da ordenação e os resultados do grau, quanto à narrativa protótipo da agorafobia, dos sujeitos com agorafobia.

A análise de regressão múltipla conduzida sobre a ordem atribuída à identificação com a narrativa da agorafobia, revelou os resultados que apresentamos no Quadro 78 que se segue.

Quadro 78

Análise de Regressão Múltipla para predição da ordem atribuída pelos *significativos* à narrativa da agorafobia, envolvendo as variáveis de identificação dos sujeitos com agorafobia em relação à respectiva narrativa.

| Preditor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|------------------|
| Ordem de identificação dos sujeitos com agorafobia com a respectiva narrativa | .11 | .33 | 2.04* | $F(1,35)=4.16^*$ |

* $p < .05$

A partir da observação do quadro, concluímos que a ordem de identificação dos sujeitos com agorafobia explica em 11% a variância dos resultados da ordenação atribuída pelos significativos à relação desses sujeitos com essa mesma narrativa. Esta variável independente constituiu um preditor significativo ($F(1,35)=4.16$, $p < .05$) e apresenta um coeficiente β de .33, com valor de $t(35)=2.04$, $p < .05$, denunciando uma relação directa entre as variáveis, o que significa que as avaliações de ambos, sujeitos com agorafobia e significativos, tendem a convergir quanto aos valores de identificação atribuídos à narrativa.

No entanto, quando aplicada a análise de regressão à variável do grau de relação, verificámos que nenhuma destas duas variáveis independentes prediz a avaliação proposta pelos significativos.

Finalmente, explorámos os resultados da análise de regressão envolvendo todas as variáveis independentes, até agora parcelarmente analisadas, uma vez que ao tratar-se de um procedimento por passos, o valor alcançado por uma variável pode modificar-se nos diferentes momentos, devido à inclusão de novas variáveis. O conjunto destas nove variáveis, engloba o sexo, a idade e o nível sócio-económico dos significativos, o grau de parentesco entre estes e os sujeitos com agorafobia, o *factor dependência*, o *factor perda pais* e a co-morbilidade no Eixo II, enquanto aspectos descritivos dos sujeitos com agorafobia, os resultados da ordenação na identificação com a narrativa da agorafobia por parte dos sujeitos com esta perturbação e os resultados do grau de identificação destes com a mesma narrativa.

Aplicada a análise de regressão à variável dependente dos resultados da ordenação dos significativos, obtivemos o modelo passível de ser observado no Quadro 79

Quadro 79
Análise de Regressão Múltipla para predição da *ordem* atribuída pelos *significativos* à narrativa da agorafobia, envolvendo as variáveis descritivas dos *significativos* e dos sujeitos com agorafobia.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------|-------|---------|---------|---------------------|
| Factor Perda Pais | .19 | -.43 | -2.85** | $F(1,35)=8.13^{**}$ |

** $p<.01$

A leitura do quadro, revela que na exploração do modelo com todas as variáveis, apenas o *factor perda pais* ressalta como preditor significativode 19% da variância, através dos valores já atrás referidos $F(1,35) = 8.13$, $p<.01$, sendo o coeficiente β de $-.43$, com valor $t(35)= -2.85$, $p<.05$), perdendo relevância explicativa o resultado da ordenação da identificação dos sujeitos com a narrativa da agorafobia. Também os resultados do teste Mann-Whitney se mantiveram exactamente os mesmos que apresentámos a propósito do Quadro 77, não sendo a diferença significativa, se observa que a ordem média de identificação atribuída pelos cônjuges e significativos tende a ser superior à dos pais e irmãos.

Quando na análise de regressão múltipla, definimos como variável

depende o resultado do grau, deparámos, como seria de esperar, com um modelo que continua a incluir unicamente a variável do grau de parentesco ($F(1,38)=4.61$, $p<.05$, sendo o coeficiente b de $-.33$, com valor $t(38)= -2.15$, $p<.05$, de acordo com os dados anteriormente obtidos), explicando 11% da variância observada.

Em síntese, constatámos que emergem como variáveis preditoras da avaliação dos significativos, quanto à identificação dos sujeitos conhecidos com a narrativa protótipo da agorafobia, dois aspectos distintos de acordo com o procedimento de validação seguido. Assim, nos resultados da ordenação, mostra-se explicativa uma variável descritiva dos sujeitos com agorafobia que consiste no *factor perda pais*; nos resultados do grau, a variável explicativa pertence à esfera da relação entre os sujeitos de ambas as amostras, consistindo no *grau de parentesco/relação* entre significativos e sujeitos com agorafobia. Entretanto, em qualquer dos casos, a percentagem de variância explicada parece próxima, (respectivamente 19% e 11%) e talvez não seja muito expressiva, deixando uma grande margem dos resultados não predizíveis, no âmbito das variáveis independentes exploradas.

4.3.2. Comparação dos resultados da validação segundo os significativos e os respectivos sujeitos com agorafobia

4.3.2.1 Resultados da análise de correlações

Tendo como pressuposto o carácter socialmente co-construído dos discursos individuais subjacentes à avaliação das identificações com as narrativas, consideramos pertinente explorar a relação entre a identificação atribuída a cada narrativa protótipo pelos significativos e pelos próprios sujeitos. Para este efeito, recorreremos ao coeficiente de correlação não-paramétrico de Spearman, não tendo emergido qualquer correlação estatisticamente significativa entre as classificações relativas a cada narrativa, nem em relação à ordem, nem em relação ao grau.

Em síntese, constatámos que, em ambas as amostras, dos significativos e dos respectivos sujeitos com agorafobia, os resultados, no seu conjunto, apontam na mesma direcção quanto à sucessão de valores das ordens médias de identificação com cada uma das narrativas. Entretanto, não existem correlações estatisticamente significativas, nas classificações atribuídas pelos sujeitos de ambas as amostras relativamente à identificação com cada uma das narrativas. Este contraste de resultados, em que num plano global se evidencia a convergência e, num plano de confronto específico das avaliações narrativa a narrativa, não se encontra sintonia de avaliações, despertou o nosso interesse em explorar mais em detalhe o tipo de relações estabelecidas entre a validação dos significativos e dos respectivos sujeitos com agorafobia. Para isso, iremos desenvolver a nossa análise discriminadamente ao longo das seguintes fases: (1) relação entre as identificações atribuídas pelos significativos e pelos sujeitos com perturbação agorafóbica, à narrativa protótipo da agorafobia; (2) relação entre as identificações com a narrativa protótipo da agorafobia, atribuídas por subamostras de significativos e de sujeitos com agorafobia, definidas de acordo com variáveis descritivas de ambas as amostras; (3) relação entre as identificações atribuídas pelos significativos e pelos sujeitos com agorafobia às diversas narrativas protótipo; (4) relação entre as identificações com as diversas narrativas protótipo, atribuídas por subamostras de significativos e de sujeitos com agorafobia, definidas de acordo com variáveis descritivas de ambas as amostras.

(1) Relação entre as identificações atribuídas à narrativa protótipo da agorafobia

Começando por focalizar a nossa atenção na narrativa protótipo da agorafobia, sugerimos, num primeiro momento, a leitura da distribuição das frequências no cruzamento das duas variáveis de identificação, quanto aos **resultados da ordenação**, a qual se encontra expressa no Quadro 80 que a seguir apresentamos.

Quadro 80
Distribuição da amostra no cruzamento dos *Resultados da Ordenação*, atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia (NPago) pelos *significativos* e pelos próprios sujeitos com agorafobia.

| | | Ordem atribuída pelos significativos à NPago | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| | | Máxima identific. | Ident. em 2ºlugar | Ident. em 3ºlugar | Ident. em 4ºlugar | Ident. em 5ºlugar | Total |
| Ordem de identificação dos sujeitos com agorafobia Com a NPago | Máxima identificação | 8 | 3 | 4 | 2 | 0 | 17 |
| | Identificação em 2ºlugar | 4 | 2 | 4 | 0 | 0 | 10 |
| | Identificação em 3ºlugar | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| | Identificação em 4ºlugar | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| | Identificação em 5ºlugar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 12 | 10 | 11 | 3 | 1 | 37 |

A análise do quadro quanto ao valor das ordenações em cada par de sujeitos (sujeitos com agorafobia e seu significativo), revela que dos 37 pares, 13 (35.1%) apresentam exactamente a mesma cotação e que, na maioria destes casos (em oito), a convergência situa-se na máxima identificação. Note-se ainda que nas 24 situações em que as escolhas não coincidem, na grande maioria delas [$n=15$ (62.5%)] a diferença é apenas de um valor, em sete pares as opções distam dois valores e em dois pares regista-se uma diferença de três valores. Nunca acontece que os sujeitos, de uma e de outra amostra, optem por extremos opostos da hierarquia. Das situações em que há divergências, em 10 casos observa-se que os significativos atribuem identificações superiores às indicadas pelos sujeitos, enquanto que em 14 situações se passa o oposto, sendo a identificação dos sujeitos com agorafobia superior à avaliada pelos significativos. Assim, se em relação à auto-descrição poderemos invocar algum evitamento por parte dos próprios sujeitos em reconhecer a sua identificação, na hetero-avaliação poderemos atribuir as divergências a um conhecimento menos profundo por parte dos significativos quanto ao funcionamento de terceiros, quando comparado com o dos próprios. Diríamos, contudo, que parece haver globalmente uma certa sintonia de pareceres entre os sujeitos com agorafobia e os seus significativos.

O cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, evidenciou

uma correlação positiva próxima de significância ($r_{sp}=.28, p=.09$) entre estas duas variáveis, sugerindo ser fraca a associação entre os resultados da ordenação dos significativos e dos sujeitos com agorafobia, embora a que existe se estabeleça em razão directa, mostrando convergência nas avaliações de ambos.

Efectuando o mesmo tipo de cruzamento das avaliações quanto à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, tendo em consideração os **resultados do grau**, obtemos o Quadro 81 que a seguir se observa.

Quadro 81

Distribuição da amostra no cruzamento dos *Resultados do Grau*, atribuídos à narrativa protótipo da agorafobia (NPago) pelos *significativos* e pelos próprios sujeitos com agorafobia.

| | | Grau de relação atribuído pelos significativos à NPago | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----------------|---------|---------------|---------------|-------|
| | | Nenhum a relação | Alguma relação | Relação | Muita relação | Total relação | Total |
| Grau de identificação dos sujeitos com agorafobia Com a NPago | Nenhuma relação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Alguma relação | 0 | 0 | 4 | 3 | 0 | 7 |
| | Relação | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 14 |
| | Muita relação | 0 | 1 | 0 | 7 | 4 | 12 |
| | Total relação | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 7 |
| | Total | 1 | 4 | 10 | 15 | 10 | 40 |

Através da leitura do quadro, constatámos que, de novo, 13 dos 40 pares (32.5%), apresentam exactamente a mesma avaliação e que, dos restantes 27, em 15 (55.6%) das situações a diferença é apenas de um valor, em 11 (40.7%) de dois valores e num único caso de três, não sendo nunca de quatro pontos da escala. A pontuação de coincidência das avaliações mais frequente (em sete pares) equivale à “muita relação” (inferior ao que acontecia em relação à ordem). Quanto às situações de divergência de avaliações, na maioria dos casos (18) correspondem a situações em que os significativos atribuem valores mais elevados do que os próprios sujeitos e, em metade deles (9), as pontuações são inferiores. Esta proporção revela-se oposta à obtida para os resultados da ordenação, sugerindo que, nesse caso, os sujeitos sejam efectivamente, mais impelidos a comprometer-se com uma identificação elevada com a narrativa protótipo da agorafobia. Apesar da sobreposição de resultados

não constituir a situação mais frequente, a sua forte aproximação (conjuntamente com a diferença de apenas um grau de relação) parece ser a condição de uma grande parte dos casos, o que nos impele a supor a tendência para um discurso e reconhecimento narrativo comum, talvez apenas estatisticamente expressivo em amostras com um maior número de sujeitos.

Quanto à relação entre as variáveis do grau de identificação atribuído à narrativa protótipo da agorafobia, pelos significativos e pelos sujeitos com agorafobia verificámos, através do coeficiente de correlação de Spearman, que não existe uma correlação estatisticamente significativa ($r_{sp}=.22$, $p>.1$), o que significa que fica eliminada a possibilidade de as considerarmos associadas entre si.

(2) Relação entre as identificações com a narrativa protótipo da agorafobia, atribuídas por subamostras de significativos e de sujeitos com agorafobia, definidas de acordo com variáveis descritivas de ambas as amostras

A partir das análises anteriores, ficamos sensíveis às flutuações no cruzamento dos resultados de identificação atribuídos pelos significativos e os respectivos conhecidos, pelo que optámos por explorar a correlação entre elas, de acordo com subamostras de sujeitos definidas através de características demográficas das duas amostras. Por outras palavras, interessava-nos averiguar se a maior ou menor proximidade entre as atribuições, poderia ser específica de algumas subamostras de sujeitos. Para esta análise seleccionámos as variáveis demográficas, a saber, o grau de parentesco, o sexo e o nível sócio-económico, sendo as duas últimas, quer relativas aos significativos, quer relativas aos sujeitos com agorafobia.

No Quadro 82 que se segue, apresentamos o valor dos coeficientes das correlações de Spearman, para os resultados da ordenação e do grau, relativos a cada uma das subamostras.

Quadro 82

Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos *significativos* e pelos sujeitos com agorafobia (Suj.Ago) à narrativa protótipo da agorafobia (NPago), segundo os resultados da ordenação e do grau, separadamente para diversas subamostras.

| | | Correlações entre as identificações com a NPago atribuídas pelos Significativos e pelos Suj.Ago | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| | | Resultados da Ordenação | Resultados do Grau |
| Subamostras e respectivas Variáveis demográficas | Grau de Parentesco | | |
| | Mãe / Pai | .75* | .41 |
| | Irmã(o) | -.30 | -.04 |
| | Cônjuge | .24 | .06 |
| | Amigo | .06 | / _b |
| | Sexo | | |
| | Feminino do significativo | .36 ^a | .40* |
| | Masculino do significativo | .09 | -.41 |
| | Feminino do Suj. Ago | .18 | .07 |
| | Masculino do Suj. Ago | .51* | .40 ^a |
| | Nível Sócio-Económico (NSE) | | |
| | NSE Baixo do significativo | .53 ^a | .70** |
| | NSE Médio do significativo | 1*** _c | / _b |
| | NSE Elevado do significativo | .11 | .10 |
| | NES Baixo do Suj. Ago | .42 | .64* |
| | NES Médio do Suj. Ago | .70* | .03 |
| | NES Elevado do Suj. Ago | .12 | .03 |

^a $p > .05$ e $< .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$
_b Sublinhamos Corresponde a casos em que não foi possível calcular a correlação, em virtude de uma das variáveis ter a frequência total concentrada num só valor.
_c Sublinhamos que esta subamostra é composta por apenas três sujeitos, o que facilita a obtenção de tal resultado.

Notas: A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos.

Numa observação global do quadro fica patente que, na maioria das subamostras, a correlação entre as identificações atribuídas ora por *significativos*, ora pelos respectivos sujeitos com agorafobia, à narrativa da referida perturbação, não são estatisticamente significativas, o que vem de encontro ao resultado da amostra global. Tendo em consideração o total de 28 grupos analisados, considerando os resultados da ordenação e do grau, verificámos que em 10 deles se pode falar em correlações significativas ou , salientando, contudo, que sempre que tal acontece é no sentido de afirmar uma relação positiva entre as variáveis, ou seja, da convergência de juízos entre os sujeitos das duas amostras.

A análise detalhada dos coeficientes ao nível dos resultados da ordenação, quanto às subamostras definidas por cada uma das variáveis demográficas seleccionadas para o efeito, revela seis correlações positivas dignas de referência. No que diz respeito ao grau de parentesco destaca-

se apenas uma, entre a avaliação da mãe/pai e os próprios sujeitos ($r_{sp}=.75, p<.05$), sugerindo na partilha de códigos discursivos, o poder da ancestralidade das relações e co-construção de significados.

Quanto ao sexo, surgem uma correlação próxima da significância na subamostra de significativos mulheres e uma correlação significativa na subamostra de homens com agorafobia. Esta espécie de cruzamento no sexo para um caso e outro desperta a nossa atenção, sugerindo algumas associações com dados anteriormente apresentados. Fomos analisar o cruzamento da variável sexo nas duas amostras, tendo-se concluído que todos os sujeitos com agorafobia do sexo masculino, têm como significativos mulheres. Tendo em consideração este aspecto, conjuntamente com o facto de que foram, exactamente, as subamostras feminina dos significativos e a masculina dos sujeitos que atribuíram à narrativa da agorafobia a identificação superior (tendo nas outras duas sido ultrapassada pela narrativa da depressão), à semelhança do que aconteceu com as amostras globais de ambos os estudos, este resultado parece tornar-se compreensível.

No que se refere aos níveis sócio-económicos dos significativos e dos sujeitos com agorafobia, constatámos que, das subamostras dos significativos, existem correlações significativas nos níveis baixo e médio ($r_{sp}=.53, p=.05, r_{sp}=1, p<.001$, respectivamente) e, nas subamostras dos sujeitos com agorafobia, evidencia-se uma correlação positiva significativa ($r_{sp}=.70, p<.05$) nos de nível médio. Estes resultados mostram que nos níveis mais elevados foi menor a associação entre as avaliações efectuadas, sugerindo que as "histórias" serão menos "linearmente" partilhadas, o que poderíamos associar, hipoteticamente, a diversos factores como, por exemplo, a menos diálogo sobre a perturbação, ou a opiniões mais específicas de cada um, não se deixando com facilidade fundir num mesmo discurso.

Quando comparado o número de correlações significativas entre os resultados da ordenação e do grau, nestes últimos existem menos índices de correlação estatisticamente significativos e, geralmente, emergem nas subamostras em que também existiram correlações

significativas para os resultados da ordenação. De qualquer modo, em síntese, quanto aos resultados do grau, verificámos que, nas subamostras relativas ao grau de parentesco, não se destaca qualquer correlação significativa; quanto ao sexo na subamostra de significativos de mulheres, a correlação é estatisticamente mais expressiva do que a obtida para a ordem ($r_{sp}=.40, p<.05$), enquanto na subamostra masculina dos sujeitos com agorafobia, a significatintega o inverso, sendo a correlação, neste caso, apenas próxima da significância ($r_{sp}=.40, p=.09$); finalmente, no que diz respeito à dimensão sócio-económica, verificámos que as correlações significativas apenas se expressam no nível baixo, sendo que na subamostra de significativos a correlação é mesmo altamente significativa ($r_{sp}=.70, p<.01$) e mais forte do que se revelou nos resultados da ordenação, enquanto que na subamostra de sujeitos com agorafobia é apenas significativa ($r_{sp}=.64, p<.05$).

(3) Relação entre as identificações atribuídas às diversas narrativas protótipo

Em consequência do panorama de escassas correlações entre as validações dos sujeitos e a dos significativos, em torno da narrativa protótipo da agorafobia e com o objectivo de apreender um pouco melhor o que poderá estar subjacente às diferenças nas escolhas de uns dos outros, estendemos a análise de correlações às identificações atribuídas a todas as outras narrativas. Trata-se agora de explorar a existência de outras correlações que facilitem a compreensão das divergências de juízos entre significativos e sujeitos com agorafobia. Especificamente, o alargar da análise das correlações às identificações com as restantes narrativas, poderá revelar a eventual existência de "trocas" persistentes entre as identificações das duas amostras, entre um determinado par de narrativas.

Para este efeito, propomos a análise do leque de correlações entre todas as variáveis de identificação do significativo e do sujeito, ao nível da ordem e do grau, encontrando-se os coeficientes de correlação de Spearman no Quadro 83 que se segue.

Quadro 83
Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos *significativos* (Sig.) e os sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo (NP), segundo os resultados da ordenação e do grau.

| Correlações entre as identificações de atribuídas às NP | | Suj. NP _{Ago} | Suj. NP _{Dep} | Suj. NP _{Alc} | Suj. NP _{Tox} | Suj. NP _{Ano} |
|---------------------------------------------------------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Sig. NP _{Ago} | Ordenação | .28 ^a | -.32 ^a | -.04 | .13 | -.08 |
| | Grau | .22 | -.35* | -.01 | .07 | -.11 |
| Sig. NP _{Dep} | Ordenação | -.11 | .21 | .11 | -.43** | .21 |
| | Grau | -.46** | .15 | -.02 | -.14 | .08 |
| Sig. NP _{Alc} | Ordenação | -.18 | .10 | .11 | .24 | -.33* |
| | Grau | -.56*** | .09 | .02 | .12 | .12 |
| Sig. NP _{Tox} | Ordenação | .18 | -.03 | -.01 | -.12 | -.04 |
| | Grau | .06 | .08 | .26 | -.20 | .23 |
| Sig. NP _{Ano} | Ordenação | -.02 | -.03 | -.17 | -.12 | -.04 |
| | Grau | -.10 | .30 ^a | .07 | .03 | .004 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos.
^a $p > .05$ e $< .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Da análise do quadro destacam-se, em torno das identificações com a narrativa protótipo da agorafobia, duas correlações negativas altamente significativas nos resultados do grau: especificamente, quanto mais os *significativos* identificam os sujeitos com a narrativa protótipo da depressão, menos estes se identificam a agorafobia ($r_{sp} = -.46$, $p < .01$) sucedendo o mesmo em relação à narrativa do alcoolismo ($r_{sp} = -.56$, $p < .001$). Regista-se ainda uma correlação negativa entre a identificação dos *significativos* com a narrativa da agorafobia e a dos próprios com a da depressão, quer nos resultados da ordenação, quer nos do grau ($r_{sp} = -.32$, $p = .06$, $r_{sp} = -.35$, $p < .05$, respectivamente), sugerindo que quanto maior é a identificação que os *significativos* atribuem à narrativa da agorafobia, menor é a identificação dos sujeitos com a da depressão. Assim, se a correlação entre as identificações com a narrativa protótipo da agorafobia não é evidente, também não existe nenhuma correlação positiva entre a narrativa da agorafobia e as outras, o que exclui a hipótese de existir uma associação persistente “trocada”, ou seja, de identificação dos sujeitos com uma e dos *significativos* com outra, como correspondente.

Quanto aos restantes pares de situações, encontramos uma correlação negativa altamente significativa entre a identificação atribuída pelos *significativos* à narrativa protótipo da depressão e a ordem de

identificação dos sujeitos com a da toxicodependência ($r_{sp} = -.43, p < .01$); e uma correlação significativa também negativa entre a ordenação da narrativa do alcoolismo por parte dos significativos e a identificação dos sujeitos com a da anorexia ($r_{sp} = -.33, p < .05$). Finalmente existe outra correlação altamente significativa entre a identificação dos significativos com a narrativa protótipo da depressão e a dos sujeitos com a da toxicodependência ($r_{sp} = -.43, p < .05$). Isto corresponde a dizer, que quanto mais os significativos identificam os sujeitos com as narrativas protótipo da depressão e do alcoolismo, menos os próprios se identificam, respectivamente, com as narrativas da toxicodependência e da anorexia.

(4) Relação entre as identificações com as diversas narrativas protótipo, atribuídas por subamostras de significativos e de sujeitos com agorafobia, definidas de acordo com variáveis descritivas de ambas as amostras

O passo seguinte consistiu em explorar as correlações entre as identificações dos significativos e dos sujeitos com agorafobia, para todas as narrativas, em subamostras separadas, em função do grau de parentesco, do sexo de cada um deles e dos seus níveis sócio-económico, tal como já apresentámos em relação à narrativa protótipo da agorafobia.

Tendo em consideração que, por um lado, a grande maioria dos coeficientes de correlação de Spearman obtidos nas análises realizadas neste domínio não são estatisticamente significativos e que, por outro lado, em muitos dos casos onde se pode afirmar a existência de associação entre as variáveis, o seu significado torna-se redundante com o que já foi exposto, optamos por apresentar apenas uma leitura sintética dos quadros de resultados. Iremos destacar exclusivamente as correlações que considerarmos contribuir para melhor apreender os processos de identificação associados à narrativa da agorafobia, bem como aquelas que dizem respeito às outras narrativas, quanto a relações até agora não focadas. Assim, o objectivo central consistirá em salientar correlações passíveis de sugerir ideias novas quanto à forma como a articulação das avaliações se foi efectuando, e não tanto na valorização da subamostra de que emergem.

Quanto ao **grau de parentesco**, os coeficientes de correlação de Spearman obtidos poderão ser observados no Quadro 84 que a seguir apresentamos.

Quadro 84

Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos *significativos* (Sig.) e pelos sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo, segundo os resultados da ordenação e do grau, separadamente por Grau de Parentesco.

| Cruzamentos entre as NP, segundo Significativos e Sujeitos | | Mãe / Pai <i>n</i> = 9 | Irmã(o) <i>n</i> = 7 | Cônjuge <i>n</i> = 20 | Amigo <i>n</i> = 4 |
|------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Sig.NPAgo / Suj.NPAgo | Ordenação | .75* | -.30 | .24 | .06 |
| | Grau | .41 | -.04 | .06 | - |
| Sig.NPAgo / Suj.NPDep | Ordenação | -.87** | .05 | -.05 | -.83 |
| | Grau | -.67 ^a | -.14 | -.26 | - |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAlc | Ordenação | -.13 | .08 | -.25 | .74 |
| | Grau | -.13 | .00 | .12 | - |
| Sig.NPAgo / Suj.NPTox | Ordenação | .53 | .00 | -.09 | .50 |
| | Grau | .59 ^a | .10 | .06 | - |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAno | Ordenação | -.44 | .18 | .18 | -.54 |
| | Grau | .06 | -.15 | -.03 | - |
| Sig.NPDep / Suj.NPAgo | Ordenação | -.13 | -.91* | -.04 | -.74 |
| | Grau | -.47 | -.67 ^a | -.46* | -.32 |
| Sig.NPDep / Suj.NPDep | Ordenação | -.12 | .65 | .41 ^a | .63 |
| | Grau | .33 | .57 | .04 | -.32 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAlc | Ordenação | .02 | -.25 | .12 | -.20 |
| | Grau | .33 | .70 ^a | -.31 | -.21 |
| Sig.NPDep / Suj.NPTox | Ordenação | -.35 | .25 | -.42 ^a | -.32 |
| | Grau | -.49 | .28 | -.11 | -.21 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAno | Ordenação | .39 | -.18 | -.01 | .78 |
| | Grau | .32 | .69 ^a | -.19 | -.26 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAgo | Ordenação | .24 | -.44 | -.12 | -.89 |
| | Grau | -.52 | -.72 ^a | -.54* | -.63 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPDep | Ordenação | .13 | .08 | -.08 | .50 |
| | Grau | -.21 | .20 | .11 | .21 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAlc | Ordenação | .21 | .08 | -.17 | .11 |
| | Grau | .14 | .23 | -.14 | .32 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPTox | Ordenação | .29 | .89* | .10 | .00 |
| | Grau | -.44 | .80* | .01 | .32 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAno | Ordenação | -.71* | -.80 | -.13 | .54 |
| | Grau | -.07 | .41 | .12 | -.26 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAgo | Ordenação | -.55 | .30 | .03 | .89 |
| | Grau | -.66 ^a | .71 ^a | .07 | .50 |
| Sig.NPTox / Suj.NPDep | Ordenação | .44 | .16 | -.42 ^a | -.50 |
| | Grau | .11 | .28 | -.03 | .06 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAlc | Ordenação | .27 | -.41 | .08 | -.11 |
| | Grau | .26 | -.28 | .24 | .78 |
| Sig.NPTox / Suj.NPTox | Ordenação | -.45 | -.65 | -.03 | .00 |
| | Grau | -.54 | -.83* | -.12 | .78 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAno | Ordenação | .43 | .57 | -.13 | -.54 |
| | Grau | .77* | .08 | .21 | -.54 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAgo | Ordenação | -.16 | .89* | .038 | .00 |
| | Grau | -.39 | .65 | -.13 | -.83 |
| Sig.NPAno / Suj.NPDep | Ordenação | .32 | -.68 | .12 | .50 |
| | Grau | .52 | .09 | .19 | .50 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAlc | Ordenação | -.63 ^a | .41 | -.22 | -.32 |
| | Grau | .03 | -.17 | .11 | .33 |
| Sig.NPAno / Suj.NPTox | Ordenação | .19 | -.16 | .29 | .00 |
| | Grau | -.26 | -.58 | .23 | .33 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAno | Ordenação | .31 | 0.00 | .13 | .00 |
| | Grau | .33 | -.04 | -.21 | .00 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxic dependência e anorexia, respectivamente.

(2) A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos

^a $p > .05$ e $< .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Uma apreciação global do quadro, mostra que as subamostras de pais e irmãos são aquelas em que há, no geral (na ordenação e no grau, conjuntamente), um maior número de correlações significativas.

No grupo de irmãos emerge uma correlação positiva entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa da anorexia e a identificação dos sujeitos com a narrativa da agorafobia ($r_{sp} = .89, p < .05$), a qual nos parece bastante curiosa, sugerindo que nesse contexto relacional as histórias se aproximam. Ainda nesta subamostra de parentesco, surgem correlações positivas, tanto na ordenação como no grau, entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa do alcoolismo e pelos sujeitos à da toxicodependência ($r_{sp} = .89, p < .05$ e $r_{sp} = .80, p < .05$, respectivamente), o que, de alguma forma, parece justificar o facto de, na amostra de significativos, a ordem média de identificação com alcoolismo surgir mais distanciada das da agorafobia e da depressão. A correlação negativa nas identificações com a narrativa da toxicodependência, pelos irmãos e pelos próprios ($r_{sp} = -.83, p < .05$), assim como, a correlação positiva entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa da toxicodependência e a identificação dos sujeitos com a da anorexia ($r_{sp} = .77, p < .05$), parecem ir de encontro à inversão de posições na hierarquia das identificações a que assistimos entre as narrativas da toxicodependência e da anorexia, por parte dos sujeitos com agorafobia e dos seus significativos.

Na subamostra dos pais evidencia-se uma correlação negativa entre a identificação indicada pelos significativos para a narrativa do alcoolismo e a dos sujeitos com a da anorexia ($r_{sp} = -.71, p < .05$). Vão surgindo repetidamente, nas três subamostras, pais, irmãos e cônjuges/namorados, correlações negativas nas identificações atribuídas por uns e outros às narrativas da agorafobia com a depressão e do alcoolismo. Quanto à subamostra cujo significativo é amigo(a) não se destaca qualquer correlação entre as identificações atribuídas por estes e as indicadas pelos próprios sujeitos.

Uma outra variável explorada a este respeito consistiu no sexo dos sujeitos de ambas as amostras. O Quadro 85 mostra os resultados

obtidos ao nível dos coeficientes de correlação de Spearman para os resultados da ordenação e do grau, tal como se pode observar de seguida.

Quadro 85
Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos *significativos* (Sig.) e sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo, segundo os resultados da ordenação e do grau, de acordo com o sexo em cada uma das amostras.

| Cruzamentos entre as NP segundo Significativos e Sujeitos | | Sexo Feminino Significativo n = 31 | Sexo Feminino Sujeito c/ Ago n = 21 | Sexo Masculino Significativo n = 9 | Sexo Maculino Sujeito c/ Ago n = 19 |
|-----------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Sig.NPAgo / Suj.NPAgo | Ordenação | .36 ^a | .20 | .09 | .51* |
| | Grau | .40* | .07 | -.41 | .40 ^a |
| Sig.NPAgo / Suj.NPDep | Ordenação | -.38* | -.32 | -.13 | -.28 |
| | Grau | -.32 ^a | -.32 | -.50 | -.29 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAlc | Ordenação | -.05 | .12 | -.02 | -.28 |
| | Grau | -.12 | .07 | .39 | -.04 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPTox | Ordenação | .28 | -.07 | -.53 | .36 |
| | Grau | .11 | .15 | -.06 | -.09 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAno | Ordenação | -.10 | -.13 | -.01 | .00 |
| | Grau | -.20 | .18 | .21 | -.35 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAgo | Ordenação | -.08 | -.05 | -.21 | -.14 |
| | Grau | -.44* | -.47* | -.44 | -.48* |
| Sig.NPDep / Suj.NPDep | Ordenação | .21 | .21 | .04 | .20 |
| | Grau | .12 | .37 | .27 | -.01 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAlc | Ordenação | -.06 | -.11 | .39 | .19 |
| | Grau | -.14 | .19 | .43 | -.18 |
| Sig.NPDep / Suj.NPTox | Ordenação | -.40* | -.24 | .46 | -.50* |
| | Grau | -.25 | .01 | .26 | -.32 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAno | Ordenação | .34 | .13 | -.24 | .43 ^a |
| | Grau | .14 | .01 | -.03 | .19 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAgo | Ordenação | -.07 | -.17 | -.38 | -.26 |
| | Grau | -.47** | -.63** | -.71* | -.46* |
| Sig.NPAlc / Suj.NPDep | Ordenação | .23 | .03 | -.25 | .26 |
| | Grau | .04 | .10 | .40 | .11 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAlc | Ordenação | .01 | .16 | .53 | .14 |
| | Grau | -.05 | .15 | .39 | -.06 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPTox | Ordenação | .06 | .55** | .44 | -.29 |
| | Grau | .14 | .001 | -.27 | .14 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAno | Ordenação | -.30 | -.45* | -.23 | .01 |
| | Grau | .12 | .01 | .26 | .34 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAgo | Ordenação | -.07 | .29 | .46 | -.12 |
| | Grau | -.003 | .16 | -.04 | -.20 |
| Sig.NPTox / Suj.NPDep | Ordenação | .10 | -.04 | -.39 | -.16 |
| | Grau | .08 | -.07 | .29 | .31 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAlc | Ordenação | .09 | -.05 | -.33 | .07 |
| | Grau | .18 | .28 | .36 | .07 |
| Sig.NPTox / Suj.NPTox | Ordenação | -.11 | -.14 | -.17 | .08 |
| | Grau | -.16 | -.16 | -.11 | -.15 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAno | Ordenação | -.10 | -.02 | .02 | -.27 |
| | Grau | .05 | .23 | .57 | .19 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAgo | Ordenação | -.03 | -.11 | .12 | .17 |
| | Grau | .03 | -.13 | -.06 | .06 |
| Sig.NPAno / Suj.NPDep | Ordenação | -.17 | -.06 | .47 | -.02 |
| | Grau | .27 | .47* | .81** | .22 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAlc | Ordenação | -.07 | -.11 | -.50 | -.28 |
| | Grau | .05 | .10 | .20 | .03 |
| Sig.NPAno / Suj.NPTox | Ordenação | .24 | -.05 | .06 | .49 ^a |
| | Grau | .004 | .09 | .27 | -.07 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAno | Ordenação | .15 | .34 | .27 | -.19 |
| | Grau | -.05 | .12 | .37 | -.07 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente.

(2) A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos ^a $p > .05$ e $< .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Da leitura do quadro evidencia-se que, apenas na subamostra reduzida de nove significativos homens e quanto aos resultados da ordenação, não surge nenhuma correlação estatisticamente significativa. Nas restantes subamostras é reforçada a presença de correlações positivas entre as identificações atribuídas à narrativa protótipo da agorafobia, nos casos das significativas mulheres e dos sujeitos com agorafobia homens (que, tal como já referimos trouxeram sempre como significativo, uma mulher), bem como correlações negativas entre identificações com a narrativa da agorafobia e as narrativas da depressão e do alcoolismo. Como inédita aparece uma correlação positiva entre as identificações com as narrativas da anorexia e da depressão. Este resultado exprime-se, claramente, nas subamostras de significativos homens e de sujeitos com agorafobia do sexo feminino em que se registam correlações positivas entre o grau de relação atribuído pelos significativos à narrativa da anorexia e a identificação dos sujeitos com a narrativa da depressão ($r_{sp}=.81$, $p<.01$ e $r_{sp}=.47$, $p<.05$, respectivamente). Entretanto, a identificação atribuída pelos significativos à narrativa da depressão estabelece ainda uma correlação negativa com a identificação dos sujeitos com a narrativa da toxicodependência, tanto na amostra de mulheres significativas, como na de sujeitos homens ($r_{sp}=-.50$, $p<.05$ e $r_{sp}=-.40$, $p<.05$, respectivamente). Por sua vez, esta última identificação dos sujeitos exibe uma correlação positiva com a proposta pelos significativos para a narrativa da anorexia ($r_{sp}=.49$, $p<.05$), o que vem convergir com a situação de identificações recíprocas que tínhamos destacado na leitura do quadro anterior. A identificação atribuída pelos significativos à narrativa do alcoolismo, volta a surgir positivamente correlacionada com a identificação dos sujeitos com a narrativa da toxicodependência e negativamente correlacionada com a identificação com a da anorexia, ambas na subamostra de sujeitos com agorafobia do sexo feminino.

Uma outra variável que pensamos poder ter alguma influência na distribuição das identificações foi o **nível sócio-económico**. Começamos por calcular a relação entre o nível de Graffar dos sujeitos com agorafobia e dos significativos, denunciando-se uma associação altamente

significativa ($X^2(16)=36,10$, $p<.01$) entre si. Com efeito, e com a preocupação de não alongar excessivamente este nível da análise, optamos por usar apenas uma das variáveis. Tendo em consideração que, na amostra de significativos, o nível médio do Graffar para os resultados da ordenação corresponde à situação de apenas três sujeitos, optamos por explorar as correlações em subamostras constituídas por três níveis sócio-económicos dos sujeitos com agorafobia.

Assim, os coeficientes de correlação de Spearman obtidos entre as variáveis das identificações atribuídas pelos significativos e pelos sujeitos com agorafobia a cada uma das narrativas protótipo e para cada uma das subamostras, definidas em função do nível sócio-económico dos sujeitos com agorafobia, constam do Quadro 86 que se segue.

Quadro 86

Correlações de Spearman entre as identificações atribuídas pelos significativos (Sig.) e os sujeitos com agorafobia (Suj.) às diversas narrativas protótipo, segundo os resultados da *ordenação* e do *grau*, de acordo com o Nível Sócio-Económico dos Sujeitos com Agorafobia.

| Cruzamentos entre as NP 2º Significativos e Sujeitos | | NSE Baixo <i>n</i> = 12 | NSE Médio <i>n</i> = 11 | NSE Elevado <i>n</i> = 17 |
|---------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Sig.NPAgo / Suj.NPAgo | Ordenação | .42 | .70* | .12 |
| | Grau | .64* | .03 | .03 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPDep | Ordenação | -.39 | -.40 | -.28 |
| | Grau | -.44 | -.25 | -.41 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAlc | Ordenação | .30 | -.66* | -.07 |
| | Grau | .11 | .11 | -.32 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPTox | Ordenação | -.38 | .25 | .36 |
| | Grau | -.11 | .12 | .06 |
| Sig.NPAgo / Suj.NPAno | Ordenação | .31 | -.21 | -.11 |
| | Grau | -.28 | -.05 | -.04 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAgo | Ordenação | .17 | -.05 | -.17 |
| | Grau | -.63* | -.79** | -.08 |
| Sig.NPDep / Suj.NPDep | Ordenação | .37 | .04 | .18 |
| | Grau | .19 | .61* | -.26 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAlc | Ordenação | -.14 | .12 | .04 |
| | Grau | -.06 | .16 | -.15 |
| Sig.NPDep / Suj.NPTox | Ordenação | -.55 | -.11 | -.32 |
| | Grau | -.19 | -.02 | -.18 |
| Sig.NPDep / Suj.NPAno | Ordenação | .82** | -.02 | .12 |
| | Grau | .31 | .24 | -.21 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAgo | Ordenação | -.22 | -.49 | .01 |
| | Grau | -.74** | -.74** | -.33 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPDep | Ordenação | .35 | .14 | -.08 |
| | Grau | .04 | .50 | -.30 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAlc | Ordenação | -.22 | .66* | .08 |
| | Grau | -.08 | .07 | -.02 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPTox | Ordenação | .25 | .06 | .29 |
| | Grau | .34 | .09 | .001 |
| Sig.NPAlc / Suj.NPAno | Ordenação | -.70* | -.24 | -.21 |
| | Grau | .10 | .28 | .01 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAgo | Ordenação | -.06 | .22 | .03 |
| | Grau | -.17 | .14 | .06 |
| Sig.NPTox / Suj.NPDep | Ordenação | -.42 | -.15 | .33 |
| | Grau | .40 | -.30 | .29 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAlc | Ordenação | -.12 | -.15 | -.04 |
| | Grau | .15 | .37 | .14 |
| Sig.NPTox / Suj.NPTox | Ordenação | .57 ^a | -.45 | -.18 |
| | Grau | .11 | -.17 | -.40 |
| Sig.NPTox / Suj.NPAno | Ordenação | -.47 | .21 | -.09 |
| | Grau | -.07 | .31 | .43 ^a |
| Sig.NPAno / Suj.NPAgo | Ordenação | -.12 | -.32 | .05 |
| | Grau | .45 | -.66* | .16 |
| Sig.NPAno / Suj.NPDep | Ordenação | .09 | .22 | -.22 |
| | Grau | .32 | .47 | .29 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAlc | Ordenação | .08 | -.04 | -.02 |
| | Grau | .08 | .58 ^a | -.06 |
| Sig.NPAno / Suj.NPTox | Ordenação | -.03 | .09 | .05 |
| | Grau | .32 | -.02 | .03 |
| Sig.NPAno / Suj.NPAno | Ordenação | .15 | .47 | .13 |
| | Grau | -.28 | .35 | .08 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente.

(2) A negro encontram-se destacados os coeficientes de correlação estatisticamente significativos
^a $p > .05$ e $< .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Na análise do quadro verificamos que no nível sócio-económico mais elevado evidencia-se uma única correlação significativa, reforçando a já referida troca de posições relativas entre as narrativas da

toxicodependência e da anorexia, patente na comparação dos resultados da validação entre as duas amostras. Nos níveis médio, em relação aos resultados da ordenação, e baixo, quanto aos do grau, é reforçada a correlação positiva entre as identificações com a narrativa protótipo da agorafobia. Em várias das subamostras, reencontramos as correlações negativas entre identificação com a narrativa da agorafobia e as da depressão e do alcoolismo. Surpreendentes, são alguns dos resultados que emergem no nível sócio-económico baixo, nos resultados da ordem, e no nível médio, nos do grau, os quais podem permitir esclarecer alguns detalhes neste cruzamento de avaliações. No nível sócio-económico baixo encontramos um reforço da correlação positiva entre a identificação sugerida pelos significativos para a narrativa da depressão com a identificação dos sujeitos com a narrativa da anorexia, a qual, no quadro anterior, tinha surgido como próxima da significância e, agora, apresenta um valor altamente significativo ($r_{sp} = .82, p < .01$), sublinhando a relação entre as identificações com as narrativas da depressão e da anorexia.

Em contraste, a relação entre as identificações atribuídas às narrativas da anorexia e do alcoolismo já não são surgem como recíprocas entre os significativos e os sujeitos com agorafobia. Na subamostra correspondente ao nível baixo, reencontramos uma correlação negativa entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa do alcoolismo e pelos sujeitos à da anorexia ($r_{sp} = -.70, p < .05$); entretanto, nos resultados do grau, o nível sócio-económico médio revela uma correlação positiva entre a identificação que os significativos indicam para a narrativa da anorexia e a identificação dos sujeitos com a narrativa do alcoolismo ($r_{sp} = .58, p = .06$). Isto sugere que quando os significativos atribuem uma identificação elevada com a narrativa da anorexia, acontece o mesmo com os sujeitos em relação à do alcoolismo, embora o recíproco não suceda, ou seja, uma avaliação dos significativos elevada na narrativa do alcoolismo corresponderá a uma tendência para uma avaliação baixa dos sujeitos com a anorexia. Mais uma vez, esta constatação parece advertir em favor da inflação de identificação com a narrativa da anorexia por parte dos significativos, quando comparados com os sujeitos com

agorafobia. Ainda no nível sócio-económico médio, nos resultados do grau, deparamo-nos com uma correlação que entra em contradição directa com uma das que tinha emergido na subamostra dos irmãos. Na presente subamostra, a identificação indicada pelos significativos com a narrativa da anorexia estabelece uma correlação negativa com a identificação dos sujeitos com a narrativa da agorafobia ($r_{sp} = -.66, p < .05$), resultado que parece mais facilmente compreensível do que a relação positiva emergente no caso dos irmãos. Assim, esse fenómeno que não parecia muito fácil de compreender, parece poder considerar-se tratar-se, eventualmente, de uma idiossincrasia da relação entre irmãos, sem expressão na restante amostra.

Para terminar, sobressai de três destas subamostras um resultado que se regista pela primeira vez e que consiste na existência de correlações positivas entre as identificações em torno de uma mesma narrativa. Temos assim, a convergência em torno da identificação com a narrativa da agorafobia, no nível sócio-económico baixo e no médio; a identificação atribuída por significativos e sujeitos à narrativa do alcoolismo ($r_{sp} = .68, p < .05$) e à narrativa da depressão ($r_{sp} = .61, p < .05$) no nível médio; a identificação de ambos com a narrativa da toxicodependência a funcionar em razão directa ($r_{sp} = .57, p = .09$), desta vez de forma apenas próxima da significância, no nível baixo. Em cômputo geral, diríamos (um pouco abusivamente, é certo, já que estamos a acumular resultados da ordenação e do grau) que é entre os sujeitos com agorafobia de um nível sócio-económico médio e o conjunto de significativos que existe uma maior sintonia nos resultados da validação, dado que foi nesta subamostra que emergiram três correlações positivas e, justamente, em torno das narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo. Tomando estas correlações no seu conjunto, constatamos que apenas em relação à identificação com a narrativa da anorexia não se apresenta uma correlação positiva em nenhuma das subamostras estudadas.



4.3.2.2 Resultados da análise discriminante

A dispersão de correlações com que nos deparamos não nos fornece uma leitura conclusiva dos dados, particularmente no que se refere à questão, para nós em aberto, dos resultados de ambas as amostras apresentarem, no seu conjunto, uma mesma direcção e, entretanto, não existir uma relação clara entre os juízos dos significativos e dos respectivos sujeitos com agorafobia. Com efeito, procurámos aprofundar a compreensão da relação entre estas variáveis, separando os resultados comuns dos discrepantes e procurando identificar variáveis que se pudesse considerar que prediziam a constância de resultados entre significativos e os respectivos sujeitos. Por outras palavras, a questão que se nos colocou foi a de saber se, nos pares de sujeitos que tinham efectuado a mesma avaliação, existiria alguma característica específica que explicasse esse resultado.

Neste sentido, recorreremos à análise discriminante enquanto procedimento estatístico que permite, entre diversas variáveis independentes, a identificação daquelas que se revelam preditoras de uma variável dependente categorial, definida por dois grupos contrastantes.

Assim, a partir da distribuição das variáveis dependentes relativas à identificação atribuída à narrativa protótipo da agorafobia, por parte de significativos e de sujeitos com agorafobia, construímos uma variável composta por duas categorias: os casos em que o par de sujeitos atribuiu exactamente o mesmo valor de identificação e os casos em que se registou disparidade no valor atribuído.

Por conseguinte, procedeu-se à aplicação de análises discriminantes usando, como variáveis dependentes, duas variáveis de consistência/discrepância dos resultados de identificação com a narrativa da agorafobia por parte de significativos e dos respectivos sujeitos, quer em relação à ordenação, quer quanto ao grau.

Concretamente, com base na **ordem** atribuída à narrativa protótipo da agorafobia, pelos significativos e respectivos sujeitos, destringámos dois grupos de casos: um grupo de 13 casos (em 37) em

que a ordenação da narrativa da agorafobia foi exactamente a mesma na resposta dos significativos e na dos sujeitos com agorafobia, e um grupo com os restantes 24 casos, em que se verificou discrepância nas avaliações.

A seguir, para tentar compreender se a consistência das respostas nos treze casos era predita por alguma variável caracterizadora desse grupo de sujeitos e respectivos significativos, aplicámos a análise discriminante, segundo o método *stepwise* (o qual vai incorporando sucessivamente no algoritmo as variáveis que revelam maior eficácia na discriminação dos grupos). De acordo com o procedimento de selecção das variáveis utilizado, que consiste na redução do índice Lambda de Wilks, indicador da variabilidade intragrupo, será considerada preditora da pertença a um dos grupos da variável dependente, aquela variável independente que gere uma maior redução no referido índice, garantindo uma maior homogeneidade intragrupo. Dado que o valor de redução do Lambda de Wilks de uma dada variável, depende da inclusão das variáveis no algoritmo em cada momento, torna-se necessário fixar valores mínimos e valores máximos (respectivamente, para participar ou para sair do algoritmo de classificação) do *F*, indicador da significância da redução da variabilidade intragrupo, alcançado por cada variável em cada passo. É também estabelecido *a priori* um valor de nível de tolerância mínimo para considerar a existência de multicolineariedade, definindo que qualquer variável independente que obtenha um valor inferior, deverá ser excluída da análise. Para estes parâmetros foram estabelecidos os seguintes valores: *F* para entrar no algoritmo=3.84, *F* para sair do algoritmo=2.71, nível de tolerância=.001.

Procedemos a uma análise discriminante, definindo como variável dependente a consistência ou discrepância da ordem de identificação atribuída à narrativa da agorafobia por sujeitos e significativos e utilizando as seguintes nove variáveis independentes: grau de parentesco, sexo, quer dos significativos, quer dos sujeitos, o nível sócio-económico dos significativos e dos sujeitos, a existência de perturbações em familiares, a perturbação no Eixo II, o *factor dependência*, o *factor perda pais*

(enquanto, variáveis salientes nas análises de regressão anteriormente realizadas).

Os resultados obtidos na comparação entre os dois grupos extremos relativamente à concordância ou não quanto à ordem de identificação atribuída à narrativa entre sujeitos e significativos, encontram-se no Quadro 87 a seguir apresentado.

Quadro 87

Análise Discriminante conduzida sobre a consistência/discrepância entre a **ordem** de identificação com a narrativa da agorafobia, atribuída pelos sujeitos com agorafobia e pelos respectivos *significativos* (N=37).

| Variáveis | Lambda de Wilks | F(1,35) |
|-----------------------------------------------|-----------------|---------|
| Grau de Parentesco | 0.93 | 2.58 |
| Sexo dos significativos | 1.00 | 0.02 |
| Sexo dos sujeitos com agorafobia | 0.93 | 2.79 |
| Nível sócio-económico dos significativos | 0.95 | 1.96 |
| Nível sócio-económico sujeitos com agorafobia | 0.95 | 1.85 |
| Existência de perturbações em familiares | 0.98 | 0.71 |
| Perturbação no Eixo II | 0.98 | 0.02 |
| Factor dependência | 0.97 | 1.04 |
| Factor perda pais | 0.99 | 0.54 |

A apreciação do quadro permite concluir que todas as variáveis independentes foram excluídas da análise, em virtude da redução do Lambda de Wilks não se ter verificado em termos estatisticamente significativos em relação a nenhuma delas, não se mostrando associadas à homogeneidade intragrupo. Isto significa que, nenhum dos referidos aspectos descritivos das amostras, se mostrou discriminante da consistência *versus* discrepância entre as avaliações dos significativos e dos respectivos sujeitos.

Repetimos todo este processo de análise para o **grau** de relação atribuído à narrativa protótipo da agorafobia, ora pelos significativos em relação aos seus conhecidos, ora pelos próprios sujeitos. A partir do grau, a variável dependente da consistência *versus* discrepância das avaliações, era composta por dois grupos com, respectivamente, 13 e 27 casos em cada um deles. Como variáveis independentes, foi seleccionado exactamente o mesmo grupo de nove atrás definido, podendo os resultados ser observados no Quadro 88 que se segue.

Quadro 88

Análise Discriminante conduzida sobre a consistência/discrepância entre o grau de identificação com a narrativa da agorafobia, atribuído pelos sujeitos com agorafobia e pelos respectivos *significativos* (N=40).

| Variáveis | Lambda de Wilks | F(1,38) |
|-------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Grau de Parentesco | 0.98 | 0.66 |
| Sexo dos <i>significativos</i> | 1.00 | 0.00 |
| Sexo dos sujeitos com agorafobia | 0.96 | 1.50 |
| Nível sócio-económico dos <i>significativos</i> | 1.00 | 0.11 |
| Nível sócio-económico sujeitos com agorafobia | 1.00 | 0.10 |
| Existência de perturbações em familiares | 0.96 | 0.18 |
| Perturbação no Eixo II | 0.98 | 0.73 |
| <i>Factor dependência</i> | 0.97 | 1.18 |
| <i>Factor perda pais</i> | 0.99 | 0.28 |

Como demonstram os resultados apresentados no quadro, nenhuma das variáveis independentes consegue uma redução significativa da variabilidade intragrupo. Quer isto dizer, que estes aspectos descritivos das amostras não são susceptíveis de discriminar a pertença a uma ou outra classificação, de consistência ou discrepância entre os juízos dos sujeitos e dos *significativos*, quanto ao grau de identificação com a narrativa protótipo da agorafobia.

Com efeito, os resultados das análises discriminantes, permitem dizer que, pelo menos, não é possível predizer a pertença de um caso (par de sujeitos e seu *significativo*) a um dos dois grupos contrastantes a partir de nenhuma das nove variáveis utilizadas. Assim, talvez a existência ou não de sintonia entre as opiniões de cada um dos elementos do par, composto pelo sujeitos com agorafobia e o respectivo *significativo*, não seja explicada por ou outro factor específico, nem também seja crucial para compreender a proximidade de validações entre as duas amostras, se tivermos em conta que nos grupos com avaliações discrepantes, na grande maioria dos pares a disparidade é de apenas um valor e, com menor frequência de dois, o que reflecte opiniões bastante próximas, existindo apenas a nível da ordem e do grau um total de três casos com diferença de três valores.

4.4 Discussão

Recapitulando, a amostra deste estudo é constituída por 40 participantes, considerados pessoas afectivamente significativas dos sujeitos com agorafobia envolvidos no estudo anterior. Do total de participantes, a grande maioria são mulheres [$n=31$ (77.5%)], correspondendo sempre os homens [$n=9$ (22.5%)] a *significativos* de sujeitos do sexo feminino, nomeadamente, em sete dos casos, a maridos, a um irmão e a um pai. Esta prevalência de mulheres contrasta com a distribuição homogénea que obtivemos, a este nível, na amostra de sujeitos com agorafobia, mostrando a tendência destes para, independentemente do seu sexo, pedir a colaboração a conhecidos do sexo feminino. Isto parece sugerir uma maior disponibilidade por parte das mulheres para aceitar este tipo de colaborações no contexto da cumplicidade afectiva, o que podemos inscrever, com facilidade, no conhecimento espontâneo que temos das redes sociais na nossa cultura.

A idade dos *significativos* varia entre os 24 e os 68 anos, sendo a média de 40 anos, valores mais elevados do que os encontrados na amostra de sujeitos com agorafobia, revelando uma tendência para os *significativos* escolhidos serem, na sua generalidade, mais velhos do que os respectivos sujeitos. A nível sócio-económico, encontramos uma distribuição quase equitativa pelas cinco classes propostas por Graffar,

com mediana de 2.5, situando-se metade dos significativos entre o nível médio-superior e o superior. Note-se que este perfil de resultados é equivalente ao obtido na amostra de sujeitos com agorafobia, revelando que estes elegeram como referentes afectivos alguém do seu "meio", o que parece natural, se tivermos em consideração que existe uma certa tendência para as pessoas conviverem com outras do mesmo nível sócio-cultural.

No que se refere ao grau de parentesco, constatámos que, em metade dos casos da amostra, os significativos são cônjuges dos sujeitos com agorafobia ($n=20-50\%$). Nas restantes situações distribuem-se, essencialmente, entre pais (oito mães e um pai) e irmãos (seis irmãs e um irmão). Existem apenas quatro casos em que são amigas (todas do sexo feminino), correspondendo três deles a escolhas também femininas. Esta propensão para, entre adultos, a selecção de significativos incidir mais no seio da própria família do que entre amigos, também parece enquadrar-se com facilidade em aspectos da nossa cultura, na qual se assiste a um prolongamento e valorização dos laços familiares enquanto fonte de confiança, constituindo as relações com pares apenas uma espécie de complemento na dinâmica sócio-afectiva, de algumas das pessoas. Talvez se possa associar, naturalmente no contexto de uma posição ideológica sociologicamente discutível, ao facto de ser mais comum, na estrutura e dinâmica das relações sociais na nossa sociedade, uma centragem das interacções no contexto familiar, do que o "desertar" da família para a construção de laços mais estreitos com amigos. Poderemos considerar que, apesar da eventualidade de se vir a desvanecer esta tradição, ela ainda estará claramente patente nas gerações dos vinte, trinta e quarenta anos (idades dominantes na amostra de sujeitos com agorafobia) e em meios menos citadinos.

Em suma, diríamos que a amostra de significativos, em comparação com a dos sujeitos com agorafobia por ela responsáveis, é composta, globalmente, por sujeitos do mesmo nível sócio-económico (sendo a associação entre as variáveis altamente significativa), mais velhos, na sua grande maioria mulheres e da família. Para além do

enquadramento sócio-cultural que possamos reconhecer nestas características - tendo em conta os critérios para a constituição da amostra e o procedimento seguido para a sua recolha – elas parecem também reflectir os efeitos específicos de dependência e isolamento patentes na agorafobia, que poderão reforçar o recurso a pessoas mais velhas e de preferência familiares, já que o isolamento acarreta menor e mais superficial relacionamento com os pares.

A validação divergente realizada pelos significativos, quanto à ordem e ao grau de identificação, dos seus conhecidos com perturbação agorafóbica, em relação a cada uma das cinco narrativas protótipo, indica que a ordem média mais elevada corresponde à narrativa da agorafobia, seguida, sucessivamente, das narrativas da depressão, do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência. Entretanto, as diferenças entre as ordens médias só são estatisticamente significativas em relação a estas duas últimas narrativas, o que implica a confirmação apenas parcial da hipótese inicialmente colocada. Assim, podemos afirmar que, de acordo com os significativos, a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente mais identificável com os sujeitos com agorafobia do que as narrativas da anorexia e da toxicodependência, registando-se em relação às da depressão e do alcoolismo, apenas, uma tendência no mesmo sentido.

Através da análise da validade divergente em subamostras de significativos, com base nos resultados do grau, constatámos que esta posição de primazia da identificação com a agorafobia é comum a seis dos nove grupos analisados. Constituem excepção, as distribuições correspondentes aos significativos do nível sócio-económico elevado, aos pais e aos irmãos, nas quais a ordem média de identificação mais elevada passa a ser a da narrativa da depressão, surgindo a da agorafobia em segundo e terceiro lugares (nestes casos, após a narrativa do alcoolismo). A sequência das ordens médias nestas subamostras vem reforçar a indiferenciação das identificações entre as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo. Parece curioso constatar que os familiares

directos, quer sejam pais ou irmãos, destacam a identificação dos sujeitos com as narrativas da depressão e do alcoolismo, sugerindo estar particularmente atentos à vertente evitante e frágil do funcionamento dos seus filhos/irmãos. Talvez o refúgio em casa, frequente nesta psicopatologia, exacerbe perante “terceiros” essa dimensão da paralisia e solidão. Contudo, eventualmente, a relação com cônjuges e amigos não se torna tão confinada a essa vertente, permitindo a estes apreender de uma outra forma a dinâmica do funcionamento destes sujeitos, mais próxima da proposta na narrativa da agorafobia (nomeadamente no que se refere à vertente de desafio, risco e controlo da situação).

Tendo em consideração a significância estatística das diferenças de identificação, podemos afirmar que não existe nenhum caso em que a identificação com as outras narrativas seja maior do que a da narrativa protótipo da agorafobia. De qualquer modo em três das nove distribuições, não se registam diferenças significativas da narrativa da agorafobia em relação às outras. Note-se também que esta discriminação nunca atinge níveis significativos em relação à narrativa da depressão, sugerindo que ambas serão igualmente associáveis ao funcionamento de tais sujeitos. Entretanto, nas restantes seis subamostras, assistimos a uma discriminação positiva da narrativa protótipo da agorafobia em relação a uma, a duas e, no máximo, a três das outras narrativas. Nos significativos de nível sócio-económico baixo, nos de médio e no grupo dos pais apenas se diferencia da narrativa da toxicodependência; nos significativos do sexo feminino e nos do nível sócio-económico elevado diferencia-se também da narrativa da anorexia; o grupo dos cônjuges/namorados revela-se o mais discriminante, pois acrescenta ainda uma diferenciação em relação à narrativa do alcoolismo.

Este último resultado remete-nos para a análise de regressão múltipla aplicada aos resultados do grau, em que se destacou como variável preditora, justamente o *grau de parentesco/relação*. Esta variável mostrou explicar 11% da variância dos resultados do grau de identificação que os significativos atribuem à relação da narrativa protótipo da agorafobia, com os sujeitos com a respectiva perturbação. De acordo

com a previsibilidade encontrada, os significativos sem uma relação de sangue, como é caso dos cônjuges e amigos, tendem a atribuir uma identificação mais elevada à narrativa protótipo da agorafobia, do que aquela que a obtida através de familiares directos, como pais e irmãos.

Em síntese, do conjunto das distribuições analisadas, parece que as narrativas protótipo se agrupam em dois núcleos de níveis de identificação bem distintos. Um primeiro núcleo, conglomerando as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo, alvo de fortes identificações e pouco diferenciadas entre si. Demarcando-se claramente deste, surge um outro grupo de fraca identificação, em que se integram as narrativas da anorexia e da toxicodependência. No primeiro núcleo, apesar da marca da indiferenciação, comentámos a tendência para a narrativa protótipo da agorafobia apresentar, regularmente, valores de ordem superiores aos das outras duas, o que nos leva a colocar a hipótese de que um alargamento da amostra, por exemplo a mais do que um representante das pessoas que convivem com os sujeitos com agorafobia, talvez contribuisse para atribuir uma expressão mais discriminativa a esta narrativa.

Numa comparação global com os resultados da validação apresentados pelos próprios sujeitos com agorafobia no estudo anterior, sobressai a semelhança de conclusões, quer quanto à confirmação parcial da hipótese colocada, quer quanto à emergência destes dois núcleos de narrativas dissociados em pólos opostos de identificação, quer ainda quanto à tendência para a narrativa protótipo da agorafobia mostrar uma supremacia de identificações em relação às restantes, na maioria das subamostras analisadas.

Se, em termos das amostras, no seu conjunto, encontrámos uma clara proximidade das distribuições das narrativas quanto à sua identificação com os sujeitos, o mesmo não sucedeu quando procurámos correlacionar a avaliação entre o sujeito e o respectivo significativo, em relação a cada narrativa. Na sua generalidade, os resultados das correlações de Spearman entre as variáveis da ordenação e do grau de

identificação dos sujeitos com agorafobia e dos respectivos significativos, mostraram não existir associações estatisticamente significativas entre as variáveis, para qualquer das narrativas. Quer isto dizer que entre os sujeitos e os respectivos significativos não se verifica uma correspondência directa na identificação atribuída a cada uma das narrativas protótipo apresentadas.

Para uma compreensão aprofundada destes dois fenómenos, quer da proximidade das validações no seu conjunto, quer da inexistência de correlações entre os resultados de sujeitos e significativos, propomos uma análise mais fina, em que passaremos a destacar os aspectos que consideramos mais relevantes.

Nas distribuições das ordens médias, resultantes da avaliação dos dois grupos de sujeitos, evidencia-se uma inversão na posição relativa das narrativas da anorexia e da toxicodependência, no que respeita à sucessão em que surgem na amostra de significativos e oposta à sugerida pelos próprios sujeitos. Diríamos assim que, entre sujeitos e seus significativos, parece haver maior acordo quanto às narrativas com que mais se identificam, e menor sintonia de opiniões em relação àquelas com que menos se identificam.

Um outro aspecto da divergência na avaliação destas duas amostras, prende-se com os valores mínimos atribuídos à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, em que um significativo chega a indicar o valor mínimo da escala (no grau “nenhuma relação com o familiar/amigo(a)”), o que nunca acontece com os sujeitos com agorafobia. No âmbito ainda das medidas descritivas, da avaliação dos significativos, quanto à narrativa da agorafobia, destaca-se uma maior distância da classificação atribuída à narrativa do alcoolismo em relação àquela, do que acontecia no caso dos sujeitos com agorafobia, tendo-se verificado que, por vezes, até parecia substituí-la.

Ao nível dos resultados da ordenação das identificações atribuídas pelos significativos, em relação à narrativa protótipo da agorafobia, verificámos, através da análise de regressão múltipla, que são parcialmente preditos pelo *factor perda pais*. Trata-se, então, de uma

variável descritiva da amostra dos sujeitos com agorafobia e que também se tinha revelado preditora dos resultados da ordenação. Sublinhe-se que também a variável da *identificação dos sujeitos com agorafobia com a respectiva narrativa* revelou nos resultados da ordenação algum peso explicativo, embora não se tenha destacado no modelo final da regressão múltipla. Estes aspectos alertou-nos para uma afinidade diferenciada entre os resultados dos significativos e dos sujeitos com agorafobia, ao nível dos resultados do grau e da ordenação, sugerindo existir uma maior proximidade em relação a estes últimos.

Em consonância com este aspecto, destacamos que, na análise das correlações entre os resultados dos sujeitos com agorafobia e dos seus significativos, os resultados da ordenação da identificação com a narrativa da agorafobia são os únicos que encontram uma expressão, apontando para alguma associação entre as variáveis.

No mesmo sentido e se, em relação à amostra global esta associação parece frustrar, quando analisada em subamostras evidencia coeficientes de correlação de Spearman positivos, estatisticamente significativos em vários grupos (geralmente em relação aos resultados da ordenação e em menos casos aos do grau), a saber: pais, significativos mulheres, sujeitos com agorafobia homens, significativos e sujeitos do nível sócio-económico baixo e médio. Assim, em todas estas subamostras, quanto mais elevado for o valor de identificação atribuído à narrativa da agorafobia pelos significativos, também o é por parte dos sujeitos com agorafobia, o mesmo acontecendo em relação aos valores inferiores. Torna-se curioso notar a inexistência de correlações positivas nas subamostras de nível sócio-económico elevado (em contraste, com o que acontece nos outros dois níveis). Efectivamente, nesses casos, a especificidade que o sujeito e o respectivo significativo encontram na identificação com a narrativa protótipo da agorafobia não é correspondente, o que sugere um nível mais diferenciado de opiniões entre uns e outros, associado a uma menor partilha de um "discurso" comum em torno da perturbação. A este respeito, um aspecto que não podemos ignorar, pois não acontece em mais nenhuma das subamostras deste nível, é que, nos resultados

do grau da subamostra de significativos, a ordem média de identificação com a narrativa da agorafobia é relegada para segunda posição, após a narrativa da depressão. Talvez o desafio patente na narrativa da agorafobia, e que parece assumir um valor particularmente importante nas classes sócio-económicas mais elevadas, constitua um aspecto sensível e sugestivo de identificação para os próprios sujeitos (só eles sabem, com que esforço mantêm muita da sua actividade social, por exemplo), e seja insignificante para quem os observa, tendendo a identificá-los mais com a paralisia e fragilidade que a narrativa da depressão nos sugere. Com os cônjuges, talvez se passe um processo semelhante ao atrás descrito pois, nos resultados da ordenação, verificámos que a narrativa da agorafobia surge em segundo lugar, sendo a identificação privilegiada com a narrativa da depressão. Quanto aos significativos do sexo masculino, que constituem mais uma das amostra em que não se registam correlações quanto aos resultados da ordenação dos sujeitos e dos significativos para a narrativa da agorafobia, pensamos poder tratar-se de uma certa sobreposição de dados, já que a maioria dos significativos do sexo masculino são cônjuges e que também na sua distribuição dos resultados da ordenação, surge em primeiro lugar a narrativa da depressão e só depois a da agorafobia.

O alargar da análise de correlações às cinco narrativas protótipo, contribuiu para uma melhor compreensão da ausência de correlações positivas em torno da narrativa da agorafobia, a qual reflecte os casos em que esta narrativa recebeu avaliações menos sintonizadas por parte dos sujeitos e dos seus significativos.

Na amostra geral, sobressaem duas correlações negativas significativas entre a narrativa protótipo da agorafobia e a narrativa da depressão, o que significa que quando uns dos sujeitos - significativos ou sujeitos com agorafobia - apresentam valores de identificação mais elevados com a narrativa da agorafobia, os outros revelam valores de identificação mais baixos em relação à narrativa da depressão. O mesmo sucede entre a narrativa da agorafobia e a do alcoolismo, sendo que, na amostra global a correlação negativa ocorre entre a identificação atribuída

pelos significativos à narrativa do alcoolismo e pelos sujeitos à da agorafobia; e, na subamostra dos sujeitos de nível sócio-económico médio, acontece o inverso, ou seja, entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa da agorafobia e a dos sujeitos à do alcoolismo. Estas correlações, ou parte delas, são reiteradas em diversas das subamostras, especificamente na dos cônjuges e na dos significativos homens. Nestes casos, diríamos que, se a sintonia de avaliações entre sujeitos e significativos não se manifesta directamente através de uma correlação positiva entre as respectivas variáveis, ela parece ficar subentendida, de alguma forma, nas correlações negativas estabelecidas entre o grau de relação que os significativos atribuem às narrativas da depressão e do alcoolismo e a identificação dos sujeitos com a narrativa da agorafobia. Isto significa que, quanto mais os primeiros atribuem uma identificação baixa às narrativas da depressão e do alcoolismo, mais os sujeitos indicam um valor elevado no grau de relação com a narrativa da agorafobia, o que não torna ardua a hipótese de ambos atribuírem identificações elevadas à narrativa da agorafobia.

Em relação à subamostra dos irmãos, passaremos a compreender a inexistência de correlação positiva entre as avaliações de sujeitos e seus irmãos da narrativa da agorafobia, se tivermos em consideração a emergência surpreendente de uma correlação positiva significativa entre esta narrativa e a da anorexia. De acordo com este resultado, quanto mais elevados são os valores que os próprios atribuem à narrativa da agorafobia, mais elevados são os valores que os seus irmãos atribuem à narrativa da anorexia, podendo, por parte destes, ocorrer alguma espécie de "confusão" entre as duas narrativas. Ou melhor, do ponto de vista de irmãos, talvez seja particularmente saliente a raiva, a fragilidade e a revolta surda sob a capa da submissão, elementos pregnantes na narrativa da anorexia (e passíveis de justificar o seu forte impacto nestes sujeitos), a que se poderão associar o nervosismo, a dependência e a ambivalência que assume a forma de dualidade na narrativa da agorafobia.

Entre as restantes quatro narrativas observámos que, se não se

afirmam associações positivas directas, não faltam correlações negativas significativas a reforçar as suas antinomias. Temos assim, entre a identificação atribuída pelos significativos à narrativa do alcoolismo e pelos sujeitos à da anorexia, bem como, entre a dos significativos à narrativa da depressão e dos sujeitos à da toxicodependência, sugerindo que uma atribuição de identificações com intensidades opostas entre alcoolismo e anorexia e entre depressão e toxicodependência. Por outras palavras, quanto mais elevada for a identificação atribuída pelos significativos às narrativas do alcoolismo e da depressão, menos os sujeitos se identificam, respectivamente, com as narrativas da anorexia e da toxicodependência. Enquanto a narrativa da depressão surge distanciada da narrativa da toxicodependência, ela parece aproximar-se da narrativa da anorexia, pois surge uma correlação positiva entre a identificação que os significativos atribuem à narrativa da anorexia e os sujeitos à da depressão.

Na análise das correlações entre as diversas narrativas por subamostras, reencontrámos, naturalmente, as associações atrás descritas, pelo que dispensaremos voltar a focá-las. Entretanto, vemos emergir novas correlações, quer no sentido de reforçar as relações já comentadas, quer assinalando, pela primeira vez, associações entre determinadas narrativas, as quais passaremos a referir.

No âmbito da relação entre as narrativas da depressão e da anorexia, surge uma correlação positiva no sentido da identificação atribuída pelos significativos à da depressão e pelos sujeitos à da anorexia, sublinhando assim a associação entre estas duas variáveis. Evidencia-se uma correlação positiva entre a identificação proposta pelos significativos para a narrativa do alcoolismo, e a identificação dos sujeitos com a da toxicodependência.

Torna-se possível abstrair, assim, um grupo de correlações que sugere a existência de dois núcleos de associação entre as opiniões dos sujeitos e dos seus significativos: um em que se relacionam as narrativas do alcoolismo e da toxicodependência, e outro entre as narrativas da depressão e da anorexia, com tendência, por parte desta última, a agregar

ainda a narrativa da agorafobia. Por sua vez, estes núcleos demarcam-se entre si, manifestando correlações negativas entre as narrativas envolvidas num e noutro. Esta associação entre depressão e anorexia, por um lado, e alcoolismo e toxicodependência, por outro, parece encontrar alguma expressão, na distribuição das identificações indicadas pelos significativos. De facto observa-se, por um lado, uma tendência para diminuição da identificação com a narrativa do alcoolismo, distanciando-se mais da narrativa da depressão e, por outro lado, uma ascensão da narrativa da anorexia em relação à da toxicodependência. Sublinhe-se, no entanto, que a interferência entre essas associações de narrativas não chega a alterar a composição dos dois grupos de narrativas definidos pela intensidade das identificações, mantendo a da agorafobia e da depressão juntas com a do alcoolismo e a da anorexia, na cauda, a par com a da toxicodependência. Essa espécie de duas famílias narrativas mantém-se inabalável nas validações dos sujeitos e dos seus significativos.

A inversão nas "posições relativas" das narrativas da toxicodependência e da anorexia, observada entre a avaliação dos sujeitos com agorafobia e a dos seus significativos, é explicitada em mais do que uma subamostra, quer através de uma correlação negativa entre a identificação atribuída a uma mesma narrativa quer por uma correlação positiva da identificação entre as duas narrativas.

A existência de correlações positivas entre as identificações propostas por significativos e sujeitos com agorafobia a diferentes narrativas protótipo, contribuirá, naturalmente, para compreender a falta de uma correspondência mais directa entre as avaliações de ambos, em relação a cada uma das narrativas.

Quando procurámos explorar a existência de um modelo explicativo para a diferença entre um grupo composto por pares de sujeitos e significativos com classificações absolutamente homogêneas quanto à identificação atribuída à narrativa protótipo da agorafobia, e um grupo em que os pares apresentam valores discrepantes, não encontramos quaisquer resultados elucidativos. Mais especificamente, a análise

discriminante aplicada às variáveis em que contrastámos, tanto nos resultados da ordenação como do grau, o grupo de sujeitos com classificações homogéneas com o grupo com avaliações dissonantes, revelou que nenhuma das variáveis descritivas das amostras consideradas se mostrou significativamente preditora dos resultados. Com efeito, os dados de que dispomos não nos permitem saber em que casos é que o sujeito e o respectivo significativo partilham exactamente da mesma opinião quanto à identificação com a narrativa protótipo da agorafobia.

Entretanto, podemos colocar a hipótese de que, entre sujeitos e significativos a co-partilha de uma mesma narrativa dependerá das características da sua interacção e co-construção de significados, determinadas por um leque alargado de factores que escapam aos limites da descrição demográfica, e que esboçam a especificidade da comunicação que se veicula entre duas pessoas com uma relação afectiva próxima.

Finalmente, o que constatámos é que os resultados não se sobrepõem, mas que se aproximam o suficiente para, na sua generalidade, as distribuições serem bastante semelhantes. Isto faz-nos pensar que em cada par teremos duas pessoas com produtos narrativos específicos, nos quais trespassa evidente uma construção comum a todo o grupo, que os leva a eleger uma mesma narrativa para identificar pessoas encerradas numa história específica.

O que emerge, em comum, deste grupo de significativos, é a preferência pela narrativa protótipo da agorafobia para descrever o seu familiar/amigo(a).

No próximo e último estudo dedicado à validação divergente, iremos conhecer as identificações estabelecidas pelos clínicos entre as diversas narrativas protótipo e sujeitos com as respectivas psicopatologias.

5. Quinto Estudo:

Validação divergente da narrativa protótipo junto de Clínicos

5.1 Introdução

Na sequência do trabalho de validação que temos vindo a desenvolver desde o segundo estudo, trata-se agora de apresentar uma última fase do processo de determinação da validade divergente que propusemos.

No contexto do nosso interesse em explorar a validade da narrativa protótipo construída acerca da agorafobia, através do seu reconhecimento por um leque alargado de pessoas e culturas envolvidas com os sujeitos com esta perturbação, chegou o momento de o fazermos com clínicos. Quando nos referimos a clínicos estamos a englobar psiquiatras e psicólogos clínicos que trabalham directamente com adultos que apresentam perturbações emocionais.

Enquanto investigadores interessados na perturbação agorafóbica com vista a promover a eficácia das intervenções clínicas, estes parceiros assumem, naturalmente, um lugar de destaque na nossa preocupação de validar a narrativa protótipo construída. A particular pertinência de testar o modo como é partilhada com os clínicos a discriminação entre as diversas narrativas e as respectivas perturbações, assenta em dois aspectos: a) na paridade de atitude que nos une, quer quanto à familiaridade com a escuta de narrativas de pessoas em sofrimento, quer quanto à especificidade da relação que o nosso papel profissional nos confere; b) na hipótese de que a narrativa sintetize uma construção sócio-

cultural partilhada por um grupo alargado de especialista que lidam com sujeitos com esta perturbação, facilitando a comunicação acerca deste fenómeno psicopatológico. Com efeito, é com grande expectativa que partilhamos com eles este leque de narrativas e exploramos o seu parecer sobre elas. Trata-se, no fundo, de uma oportunidade de cruzar experiências, sensibilidades, vivências, teorizações, ou seja, narrativas que todos vamos co-construindo com os pacientes com quem trabalhamos.

Para esse efeito definimos, como objectivo específico desta validação divergente, a exploração das relações que os clínicos estabelecem entre as narrativas protótipo e as diferentes psicopatologias. Muito particularmente, no âmbito deste projecto, o interesse reside em analisar o grau de relação encontrado entre a narrativa protótipo da agorafobia e a respectiva perturbação, bem como verificar se outras narrativas são consideradas pelos clínicos como histórias típicas dos sujeitos com agorafobia. Paralelamente, considerámos também pertinente saber se cada uma das narrativas protótipo era privilegiadamente associada à respectiva perturbação.

Na sequência dos estudos de validação anteriormente apresentados, as hipóteses que colocamos vão no sentido de um reconhecimento discriminado da psicopatologia da agorafobia na respectiva narrativa protótipo. Quer isso dizer que se espera encontrar uma associação significativa entre os sujeitos com uma perturbação agorafóbica e a narrativa protótipo da agorafobia. A avaliação desta questão implicará uma análise comparativa entre narrativas, tal como no estudo três e quatro, e agora também entre psicopatologias. Equacionamos assim duas hipóteses: (1) os terapeutas associam mais a perturbação agorafóbica à narrativa protótipo da agorafobia do que a qualquer outra das narrativas protótipo, ou seja, atribuem valores significativamente mais elevados à psicopatologia da agorafobia na narrativa protótipo da agorafobia do que nas outras narrativas; (2) os terapeutas encontram na narrativa protótipo da agorafobia um grau de relação significativamente superior com a perturbação agorafóbica do que com qualquer outra das quatro patologias (depressão, alcoolismo,

toxicodependência e anorexia).

Deste modo, colocámos o trabalho desenvolvido com as narrativas protótipo sob o desafio daquilo que consideramos uma dupla validação divergente, na medida em que serão avaliadas, simultaneamente, a qualidade discriminante das narrativas em relação a cada uma das perturbações e de cada narrativa em relação às diversas perturbações emocionais. Com efeito, a qualidade discriminante de cada uma das narrativas será assim, avaliada duas vezes por cada clínico da amostra.

Gostaríamos de esclarecer que, embora o plano dos vários níveis de validação da narrativa protótipo da agorafobia tivesse sido elaborado em conjunto, a recolha de dados do presente estudo realizou-se um ano antes dos outros trabalhos da validação divergente, razão pela qual não chegámos a utilizar, neste caso, mais do que um modo de colocar a questão da validação aos sujeitos. Tivemos, antes, a preocupação de seguir a metodologia já usada no projecto da depressão (Maia, 1998) e não diversificámos, como fizemos nos estudos anteriores, os instrumentos de recolha de dados.

5.2 Método

5.2.1 Amostra

Neste estudo participaram 57 clínicos nacionais, de ambos os sexos, sendo 31 (54.4%) do sexo feminino e 26 (45.6%) do sexo masculino. A idade dos sujeitos varia entre os 24 e os 66 anos, sendo a média de 42 anos, com um desvio padrão de 9.93. Através do cruzamento do sexo com a idade, constatámos que a distribuição é assimétrica, no sentido em que os sujeitos mais velhos tendem a corresponder ao sexo masculino e os mais novos ao feminino. A associação entre as duas variáveis é significativa ($\chi^2(27\text{g.l.})=44.71, p<.05$), reflectindo, no contexto da evolução sócio-profissional no nosso país, a participação mais recente das mulheres neste tipo de profissões.

Como formação de base, estes clínicos são psiquiatras ou psicólogos com experiência profissional de psicoterapia, distribuindo-se a amostra de acordo com os dados que figuram no Quadro 89.

Quadro 89
Distribuição da amostra por Formação Profissional.

| Psiquiatria n (%) | Psicologia n (%) | Total N (%) |
|----------------------|---------------------|----------------|
| 42 (73.7) | 15 (26.3) | 57 (100) |

A leitura do quadro mostra que a grande maioria dos sujeitos são psiquiatras (42-73.7%), participando apenas 15 (26.3%) psicólogos, o que não nos parece surpreendente, se atendermos a que o exercício profissional destes últimos, no nosso país, é incomparavelmente mais recente do que o da psiquiatria. Quando cruzámos a variável da formação com o sexo dos sujeitos, evidenciou-se uma associação altamente significativa (*Fisher’s Exact Test, p<.01*) entre a psiquiatria e o sexo masculino e a psicologia e o feminino, esta última em clara consonância com a frequência do respectivo curso. Ainda quanto à formação dos sujeitos da amostra, sabemos que seguem diferentes orientações teóricas, informação que iremos explorar com mais detalhe na secção dos resultados, posteriormente apresentada.

Quanto ao número de anos de prática profissional dos sujeitos, verificámos que varia entre 1 e 35 anos, sendo a média de 15.11 e o desvio padrão de 8.27, o que explicita muito claramente a heterogeneidade da amostra quanto à experiência clínica. Entre o número de anos de prática e a idade dos sujeitos encontrámos, como seria de esperar, um índice de correlação de Pearson positivo altamente significativo ($r=.82, p<.001$). Em virtude da dispersão do número de anos de prática e com vista a facilitar posteriores análises categorizámos esta variável em três grupos, obtendo a distribuição apresentada no Quadro 90 que se segue.

Quadro 90

Distribuição da amostra por Número de Anos de Prática, agrupada em três categorias.

| < 10 anos <i>n</i> (%) | ≥ 10 e <20 anos <i>n</i> (%) | ≥ 20 anos <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 13 (22.8) | 28 (49.1) | 16 (28.1) | 57 (100) |

A análise da distribuição da amostra de acordo com os valores expressos no quadro, salienta que em praticamente metade dos clínicos [28 (49.1%)] o número de anos de prática varia entre os 10 e os 20 e que existe um valor ligeiramente superior de sujeitos com mais de vinte anos, do que com menos de 10 anos de experiência profissional.

No cruzamento da variável do número de anos de prática clínica com o sexo, verificámos que a associação é significativa ($\chi^2(2g.l.)=6.20$, $p<.05$), com tendência para um maior número de anos de prática corresponder aos homens e menor prática clínica às mulheres, em conformidade com os resultados obtidos no cruzamento entre o sexo e a idade, bem como entre a idade e o número de anos de prática. Quanto à relação entre o número de anos de prática e a formação dos clínicos, verificámos que um maior número de anos de experiência profissional corresponde aos psiquiatras, e que menos tempo de prática clínica é apresentado pelos psicólogos, existindo uma associação significativa entre as variáveis ($\chi^2(2g.l.)=6.77$, $p<.05$), a qual nos remete, uma vez mais, para a história de evolução das duas formações.

Em síntese, diríamos que nesta amostra se revela a tendência para os sujeitos do sexo masculino serem mais velhos, psiquiatras e com mais anos de experiência clínica, e as mulheres serem mais novas, psicólogas e com menos anos de prática clínica.

5.2.2 Instrumentos

Como instrumento, para a validação divergente junto de clínicos, foi adoptado o questionário *Narrativas Protótipo e Psicopatologia*, utilizado por Maia (1998) no estudo sobre narrativas e depressão. O instrumento é composto por três partes, nomeadamente, uma breve introdução do estudo em que se inscreve, uma ficha para recolha de dados demográficos e um "caderno" com as diversas narrativas, destinado à sua avaliação.

A folha de rosto do questionário contempla a apresentação do estudo, com um pedido escrito de participação, seguido da ficha de dados demográficos. Os elementos solicitados para caracterização da amostra consistem nos seguintes: sexo, data de nascimento, formação profissional como psiquiatra ou psicólogo, número de anos de experiência clínica e, finalmente, a orientação teórica dominante. Esta última variável é operacionalizada através de uma questão fechada, em que é sugerido aos sujeitos que situem a relevância, na sua prática clínica, de seis

orientações teóricas distintas. As orientações teóricas incluídas são designadas por *humanista*, *psicanalítica*, *cognitiva*, *comportamental*, *sistêmica* e *biológica*. O sistema de classificação proposto para indicar a importância de cada uma delas, é constituído por uma escala de Likert de sete pontos, em que o "1" corresponde a "pouco relevante" e o "7" a "muito relevante".

Segue-se a avaliação das cinco narrativas protótipo em relação às respectivas perturbações psicopatológicas. Figuram numa folha as instruções para o preenchimento do questionário, nas quais se solicita ao sujeito que indique, para cada uma das narrativas, em que medida a considera típica de pessoas com cada uma das cinco psicopatologias. Para essa classificação encontra-se disponível uma escala de Likert de cinco pontos (semelhante à utilizada nos outros instrumentos de validação usados nos estudos anteriores), em que o "1" corresponde a "nenhuma relação com esta psicopatologia" e o "5" equivale a "total relação com esta psicopatologia". Por outras palavras, trata-se de definir o grau de relação que o clínico encontra entre a narrativa que acaba de ler e o discurso de pacientes com cada uma das perturbações emocionais referidas. Para o efeito seguem-se cinco folhas correspondentes a cada uma das narrativas protótipo. Em cada uma destas folhas, a seguir ao texto da narrativa, encontra-se o nome das cinco psicopatologias, referidas sempre pela mesma ordem – depressão, agorafobia, alcoolismo, anorexia e toxicodependência – e, à frente de cada uma delas, os cinco pontos da escala de Likert (ver Anexo 33).

Na preparação do instrumento, a ordem de apresentação das narrativas protótipo foi balanceada e a utilização dos arranjos resultantes seguiu uma distribuição aleatória.

5.2.3 Procedimentos

5.2.3.1 Recolha de dados

O procedimento utilizado correspondeu a uma espécie de administração de questionários pelo correio, em que introduzimos algumas adaptações, com vista a obter o número máximo de respostas. Concretamente, os clínicos foram pessoalmente contactados, por colegas próximos, através de uma cadeia de conhecimentos que assegurou a circulação de envelopes com os questionários de “mão em mão”, sem o estabelecimento de uma relação directa com a autora da investigação. Esta opção teve como objectivo, por um lado, permitir que a relação pessoal de partida reforçasse a motivação do sujeito para preencher o questionário e, por outro lado, diminuir as referências sobre o conteúdo específico da investigação em curso (nomeadamente da psicopatologia em estudo), de modo a evitar efeitos de enviesamento nas respostas. Neste sentido, a apresentação do estudo foi global e, fundamentalmente, gerida por cada um dos colegas que se dispuseram a difundir o preenchimento do questionário. A recolha dos envelopes anónimos era feita através desses elementos divulgadores, mantendo-se sempre o controlo dos questionários distribuídos.

Em alguns casos, em virtude de se revelar mais prático para os participantes, os protocolos foram enviados pelo correio, com envelopes devidamente endereçados e selados para o retorno.

5.2.3.2 Análise dos dados

Neste estudo, os resultados da validação situam-se a dois níveis: identificação de cada uma das narrativas, com a perturbação da agorafobia, e identificação da narrativa protótipo da agorafobia com as diversas psicopatologias, ambas cotadas através do grau de relação narrativa protótipo/perturbação, numa escala de cinco pontos, em que quanto mais elevado for o valor, maior é a relação.

Para analisar tanto uns resultados, como os outros, recorreremos

aos testes já referidos nos estudos anteriores, para exploração dos dados da validação divergente. Com efeito, utilizámos o teste não-paramétrico para três ou mais amostras emparelhadas (ou relacionadas) de Friedman e a fórmula de comparações múltiplas (Silva, 1994). Aplicámos estas análises aos dados da amostra global, bem como a cada uma das subamostras definidas em função das variáveis demográficas disponíveis.

Finalmente, realizámos uma análise de regressão múltipla com o método *stepwise* (Howell, 1992), de modo a predizer os resultados de identificação a nível da agorafobia, com base em variáveis demográficas. A utilização do método *stepwise* prendeu-se com o facto de termos optado por uma análise exploratória, dado que não dispúnhamos, à partida, de hipóteses específicas para validar.

5.3 Resultados

Os resultados da validação divergente incidem em duas temáticas centrais, associados, naturalmente, às duas hipóteses formuladas, em que pusemos a ênfase, quer nas perturbações psicopatológicas, quer nas narrativas protótipo envolvidas neste estudo. Começaremos por realizar a análise da validação em função da psicopatologia, uma vez que constitui a que mais directamente corresponde à avaliação efectuada pelos próprios sujeitos com agorafobia e pelos seus significativos. Ou seja, se nos estudos anteriores, a validação teve como base de análise uma população com perturbação agorafóbica, de modo semelhante vamos, agora, explorar a opinião dos clínicos quanto ao grau de relação de cada uma das cinco narrativas com o discurso de pacientes com cada uma das perturbações, particularmente com a da agorafobia. Numa etapa seguinte iremos analisar a validação em função da narrativa protótipo, procurando explorar o grau de relação que os clínicos estabelecem em cada uma das narrativas, com as diversas psicopatologias (avaliação exclusivamente possível numa amostra de especialistas).

Para a apresentação dos resultados optamos por destringir quatro pontos, incidindo o primeiro na descrição da amostra quanto à sua orientação teórica, seguido das duas partes que acabámos de referir, e terminando com uma análise de regressão destinada a explorar a possibilidade de predizer os resultados da identificação da agorafobia

com a narrativa protótipo da agorafobia, a partir das variáveis demográficas disponíveis. Assim, teremos a apresentação dos resultados organizada de acordo com as seguintes partes:

- (1) Resultados descritivos da amostra, a nível da orientação teórica;
- (2) Resultados da validação divergente por psicopatologia;
- (3) Resultados da validação divergente por narrativa protótipo;
- (4) Resultados da análise de regressão

5.3.1 Resultados da orientação teórica dos sujeitos da amostra

Para obtermos uma ideia global sobre o posicionamento teórico dos clínicos da amostra, era pedido a cada um que indicasse a sua orientação teórica predominante, utilizando uma escala de um a sete para a classificação da relevância de cada uma das seis orientações teóricas, a saber, *humanista, psicanalítica, cognitiva, comportamental, sistémica e biológica*. Os sujeitos da amostra indicaram, na generalidade dos casos, mais do que uma das orientações como relevante ou mesmo muito relevante, não sendo sempre atribuído um lugar de destaque a uma delas, tal como se pode observar na distribuição por sujeito presente no Anexo 34 e cujas frequências sintetizamos no Quadro 91 a seguir apresentado.

Quadro 91
Distribuição da amostra (N=57) por Grau de Relevância das diversas orientações teóricas e Medidas Descritivas respectivas.

| Grau de relevância | 1 Pouco relevante | 2 e 3 | 4 Relevante | 5 e 6 | 7 Muito relevante | Mediana | P 25 | P75 |
|----------------------|-------------------|-----------|-------------|-----------|-------------------|---------|------|-----|
| Orientações teóricas | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | | | |
| Humanista | 5 (8.8) | 10 (17.6) | 11 (19.3) | 18 (31.6) | 13 (22.8) | 5.0 | 3.0 | 6.0 |
| Psicanalítica | 29 (50.9) | 11 (19.3) | 4 (7.0) | 3 (5.3) | 10 (5.3) | 1.0 | 1.0 | 4.0 |
| Cognitiva | 12 (21.1) | 12 (21.1) | 6 (10.5) | 16 (18.0) | 11 (19.3) | 4.0 | 2.0 | 6.0 |
| Comportamental | 15 (26.3) | 12 (21.0) | 4 (7.0) | 20 (35.1) | 6 (10.5) | 4.0 | 1.0 | 5.0 |
| Sistémica | 10 (17.5) | 13 (22.8) | 6 (10.5) | 17 (29.8) | 11 (19.3) | 4.0 | 2.0 | 6.0 |
| Biológica | 17 (29.8) | 7 (12.3) | 4 (7.0) | 15 (26.3) | 14 (24.6) | 5.0 | 1.0 | 6.0 |

A leitura do quadro mostra que as diversas orientações teóricas estão representadas, registando-se em todas elas vários sujeitos que a consideram muito relevante na sua formação e exercício profissional. Uma análise mais detalhada salienta que a orientação humanista é a que assume uma relevância superior para um maior número de sujeitos, já que a sua mediana é de cinco e o *P25* de três, o qual constitui o valor mais elevado de todas as orientações. Também com uma mediana de cinco destaca-se como bastante relevante para mais de 50% da amostra, a orientação biológica. Em contraste, ressalta a orientação psicanalítica com mediana de um e *P75* de apenas quatro (valores inferiores às outras orientações), sugerindo constituir uma formação relevante apenas para uma pequena parte dos clínicos da amostra. As restantes três orientações apresentam valores intermédios, entre os extremos referidos, tendo todas uma mediana de quatro, o que equivale a uma relevância intermédia, de acordo com a escala de sete pontos apresentada.

Categorizações das variáveis relativas à orientação teórica

Após a análise das frequências de cada uma das orientações teóricas, considerámos pertinente comparar a intensidade da sua presença na amostra e procurar definir grupos de sujeitos de acordo com as opções teóricas indicadas. Uma vez que a leitura anterior sugere que diversas orientações teóricas são, simultaneamente, relevantes para a maioria dos sujeitos, tornava-se difícil definir grupos de sujeitos por orientação teórica predominante. Efectivamente, o perfil de classificações de cada clínico (ver Anexo 34) em relação às diversas orientações teóricas é disperso e diversificado, existindo geralmente mais do que uma orientação com o valor máximo de relevância para aquele sujeito, o que dificulta a sua associação a uma orientação preferencial. Assim, acabámos por explorar algumas classificações possíveis desta variável.

Uma das categorizações consistiu em reduzir a escala de sete para três pontos, agrupando os valores nas categorias, designadamente, de nada relevante (1 e 2), algo relevante (3 a 5) e muito (6 e 7), para

cada uma das orientações. Neste caso, a distribuição de frequências resultou de acordo com o que é apresentado no Quadro 92 que a seguir figura.

Quadro 92
Distribuição da amostra (N=57) por Orientações Teóricas, categorizadas em três níveis de relevância.

| Relevância | Humanista n (%) | Psicanalítica n (%) | Cognitiva n (%) | Comportam. n (%) | Sistêmica n (%) | Biológica n (%) |
|------------|--------------------|------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Nenhuma | 8 (14.0) | 36 (63.2) | 17 (29.9) | 21 (36.8) | 16 (28.1) | 21 (36.8) |
| Alguma | 33 (57.9) | 11 (19.3) | 19 (33.3) | 22 (38.6) | 22 (38.6) | 16 (28.1) |
| Muita | 16 (28.1) | 10 (17.5) | 21 (36.8) | 14 (24.6) | 19 (33.3) | 20 (35.1) |

Numa análise do quadro, centrado na relevância de cada uma das orientações teóricas na prática dos clínicos, podemos concluir que a psicanalítica se descremina como irrelevante para a maioria dos sujeitos [n=32 (63.2%) indicam não ter nenhuma]. As orientações humanista, sistêmica e comportamental tendem para os valores intermédios e a biológica para os valores extremos. A cognitiva é a que apresenta uma relevância maior para mais sujeitos [n=21 (36.8%)].

Outra categorização partiu do pressuposto de que se poderia considerar que algumas orientações teóricas implicariam uma maior sensibilidade às narrativas dos pacientes do que outras. Especificamente, colocamos a hipótese de que as orientações teóricas biológica e comportamental atribuiriam menor importância ao discurso dos sujeitos, o que poderia levar os clínicos com uma formação dominante nestas áreas a estarem menos sensíveis às *nuance* narrativas, discriminando-as menos do que qualquer dos sujeitos com outra orientação dominante. Assim, para explorar esta hipótese, dividimos a amostra em dois grupos, um com os sujeitos em que a orientação teórica com pontuação mais elevada é a comportamental ou biológica e outro com os sujeitos em que a pontuação mais elevada corresponde a qualquer das outras orientações, excluindo aqueles com valores igualmente elevados em orientações dos dois grupos. Obtivemos assim, a distribuição de frequências que se pode observar no Quadro 93.

Quadro 93

Distribuição da amostra por orientações teóricas categorizadas em “Biológica ou Comportamental” e “Outras Orientações”.

| Biológica ou Comportamental <i>n</i> (%) | Outras orientações <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|---------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 17 (37.0) | 29 (63.0) | 46 (100.0) |

Nota: O total é inferior ao da amostra global, devido aos casos em que foi impossível aplicar esta classificação (11 sujeitos), uma vez que apresentavam valores igualmente elevados em orientações dos dois grupos.

A leitura do quadro mostra que dos 46 clínicos cujos resultados permitiram efectuar esta classificação, 17 (37%) têm como formações predominantes a biológica e/ou a comportamental, sendo que a maioria deles está antes associado às restantes orientações.

Uma outra classificação ensaiada, ainda no âmbito da ideia atrás apresentada sobre a possibilidade de determinadas orientações teóricas poderem estar, à partida, mais ou menos disponíveis para uma análise dos pacientes em termos de narrativas, incidiu apenas nos sujeitos com valores elevados na orientação biológica. Entre estes clínicos distinguimos duas categorias exclusivas que designamos por “biológicos puros” e “biológicos híbridos”, integrando na primeira os sujeitos que apresentavam o valor mais elevado de relevância nesta orientação teórica e, na segunda, aqueles em que um mesmo valor era também atribuído a qualquer outra orientação. A distribuição obtida figura no Quadro 94, a seguir exposto.

Quadro 94

Distribuição da amostra por orientações teóricas categorizadas em “Biológicos Puros” e “Biológicos Híbridos”.

| “Biológicos Puros” <i>n</i> (%) | “Biológicos Híbridos” <i>n</i> (%) | Total <i>N</i> (%) |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| 10 (47.6) | 11 (52.4) | 21 (100.0) |

Nota: O total é inferior ao da amostra global, uma vez que apenas inclui os sujeitos que atribuíram à orientação teórica biológica um valor de relevância igual ou superior às restantes orientações.

A observação do quadro revela uma distribuição bastante homogénea pelas duas categorias construídas, registando-se, entre os clínicos com uma orientação teórica biológica relevante, uma frequência ligeiramente superior à daqueles em que essa orientação surge a par com outra.

Finalmente, arriscámos atribuir a cada um dos sujeitos uma orientação predominante, elaborando uma categorização em que reduzimos o número de orientações teóricas a quatro, designadamente, *biológica*, *comportamental-cognitiva*, *humanista-sistémica* e *psicanalítica*. A distribuição dos sujeitos por estas categorias implicou uma análise dos resultados individuais, em função dos quais foi sendo definida a dominância (como, por sua vez, as categorias também foram criadas a partir de uma primeira análise de conteúdo das distribuições, foi possível enquadrar uma grande parte dos casos). Com base nesta classificação obtivemos os resultados que constam no Quadro 95 a seguir apresentado.

Quadro 95

Distribuição da amostra por orientação teórica, segundo a categorização da predominância em quatro categorias.

| Biológica n (%) | Comportamental - Cognitiva n (%) | Humanista - Sistémica n (%) | Psicanalítica n (%) | Total N (%) |
|--------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------|
| 10 (24.4) | 8 (19.5) | 13 (31.7) | 10 (24.4) | 41 (17.5) |

Nota: O total é inferior ao da amostra global, devido aos casos em que foi impossível aplicar esta classificação (16 sujeitos), uma vez que apresentavam valores igualmente elevados em orientações de grupos distintos.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

A análise do quadro permite concluir que, de acordo com esta classificação reducionista, a maioria dos clínicos da amostra têm uma orientação *humanista-sistémica* [$n=13$ (31.7%)], a seguir *biológica* ou *psicanalítica* [$n=10$ (24.4%)] e, finalmente, *comportamental-cognitiva* [$n=8$ (19.5%)]. É curioso verificar o destaque que aqui assume a abordagem psicanalítica, em contraste com uma frequência muito reduzida da orientação comportamental-cognitiva, resultados contraditórios com os dados inicialmente apresentados. Isto ocorre porque nas distribuições individuais, quando se atribuí relevância à orientação psicanalítica, é mais frequente ser o valor superior entre todas as orientações indicadas pelo respectivo sujeito, enquanto que, em relação à formação comportamental-cognitiva, acontece o oposto, ou seja, existe, neste último caso, tendência a que a atribuir a mesma pontuação a mais do que uma das orientações. Especificamente, em 10 dos 16 casos não classificados nesta categorização devido à existência de valores igualmente elevados em orientações

pertencentes a categorias distintas, as orientações comportamental ou cognitiva estão presentes.

Para terminar, explorámos a relação da orientação teórica com as restantes variáveis demográficas, com vista a obter uma imagem mais articulada de algumas características dos clínicos que constituem esta amostra.

Relações entre as orientações teóricas

Tendo em consideração a grande frequência com que um mesmo sujeito indica valores de relevância próximos ou idênticos em diferentes orientações teóricas, bem como a percepção de existirem perfis de respostas bem distintos, passamos a explorar a possibilidade de existirem correlações entre elas, sugerindo formações teóricas mistas.

Para este efeito, utilizámos as variáveis correspondentes às seis orientações, com a escala reduzida a três pontos (susceptível de fornecer resultados mais diferenciados) e recorremos ao índice de correlação de Spearman, segundo o qual se destacaram as cinco seguintes associações significativas: a orientação teórica da psicanálise revela duas correlações negativas, uma altamente significativa com a comportamental ($r_{sp} = -.44$, $p < .01$) e outra significativa com a cognitiva ($r_{sp} = .27$, $p < .05$); a orientação cognitiva apresenta uma correlação positiva altamente significativa com a comportamental ($r_{sp} = .77$, $p < .001$) e próxima da significância com a sistémica ($r_{sp} = .24$, $p = .07$); finalmente, emerge também uma correlação positiva altamente significativa entre a orientação comportamental e a biológica ($r_{sp} = .35$, $p < .01$).

Com efeito, vemos nesta amostra reforçada a associação entre as orientações comportamental-cognitiva, embora, a par de uma ligação da primeira à biologia e da segunda à sistémica. Sobressai também a antonomia, teoricamente esperada, entre a orientação psicanalítica e as

comportamental e cognitiva. Sublinhe-se que a orientação humanista foi a única que não estabeleceu nenhuma correlação significativa com as restantes.

Relações entre a orientação teórica e outras variáveis demográficas

Com vista a enriquecer o conhecimento ao nível das características da nossa amostra, tornava-se agora pertinente analisar a relação entre a orientação teórica dos sujeitos e as restantes variáveis demográficas.

Nesse sentido, explorámos a relação entre as variáveis do sexo, idade, formação e anos de prática, e cada uma das orientações teóricas, de acordo com a variável original e as quatro reclassificações que atrás apresentámos. Destas últimas, constatámos que a categorização da "orientação principal" (que contrastava as orientações comportamental/biológica com as restantes), assim como, a "orientação biológica" (opondo "biológica pura" e "biológica híbrida"), não revelaram, através do teste qui-quadrado de Pearson, quaisquer associações significativas com as variáveis demográficas em causa. Relativamente às restantes, iremos apresentar os resultados referentes às variáveis correspondentes às seis orientações, com a escala reduzida a três pontos (que se mostraram globalmente redundantes em relação aos das variáveis originais) e os relativos à "orientação dominante".

No cruzamento das variáveis da orientação teórica atrás definidas com a variável **sexo**, surge exclusivamente, uma associação próxima da significância entre o sexo masculino e a orientação humanista ($\chi^2(2g.l.)=5.91, p=.05$), a qual aliás, se revela claramente significativa, quando a associação é calculada com a variável da orientação teórica original ($\chi^2(6g.l.)=14.17, p<.05$). A distribuição obtida no cruzamento com a variável original em que a associação é significativa, pode observar-se no Quadro 96.

Quadro 96

Distribuição da amostra no cruzamento da orientação teórica humanista com o sexo.

| Grau de Relevância | Sexo | | |
|----------------------|-----------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | Total |
| 1 Pouco Relevante | 0 | 5 | 5 |
| 2 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 3 | 4 | 7 |
| 4 | 3 | 8 | 11 |
| 5 | 9 | 6 | 15 |
| 6 | 3 | 0 | 3 |
| 7 Muito Relevante | 7 | 6 | 13 |
| Total | 26 | 31 | 57 |

A partir da análise do quadro, verificámos que há uma tendência para os sujeitos que atribuíram maior relevância à orientação teórica humanista serem do sexo masculino.

A nível da **idade**, evidenciaram-se duas correlações positivas significativas com as orientações teóricas psicanalítica e biológica ($r_{sp}=.38$, $p<.01$ e $r_{sp}=.33$, $p<.05$, respectivamente) e duas correlações negativas significativas com as orientações cognitiva e comportamental biológica ($r_{sp}=.31$, $p<.05$ e $r_{sp}=-.30$, $p<.05$, respectivamente). Quer isto dizer que os sujeitos mais velhos assinalam como orientações teóricas predominantes a psicanalítica e/ou a biológica, enquanto que os mais novos salientam a relevância das orientações cognitiva e comportamental na sua prática profissional.

Quanto à **formação** sobressai a associação significativa, facilmente esperada, entre a orientação biológica e a psiquiatria ($\chi^2(2g.l.)=12.52$, $p<.01$). Regista-se também uma associação próxima da significância em relação à orientação cognitiva ($\chi^2(2g.l.)=5.47$, $p=.07$), sugerindo a tendência para a psicologia estar ligada à avaliação desta orientação teórica como muito relevante e a psiquiatria a pouco ou nada relevante.

Entre a formação e a orientação teórica dominante surge uma associação também próximo da significância ($\chi^2(3g.l.)=6.55$, $p=.09$), encontrando-se a distribuição relativa ao cruzamento das variáveis no Quadro 97.

Quadro 97

Distribuição da amostra no cruzamento da orientação teórica dominante com a formação.

| | | Formação | | |
|------------------------------|------------------|-------------|------------|-------|
| | | Psiquiatria | Psicologia | Total |
| | | | | |
| Orientação Teórica Dominante | Biológico | 9 | 1 | 10 |
| | Comport.-Cognit. | 3 | 5 | 8 |
| | Human.-Sistêmico | 10 | 3 | 13 |
| | Psicanalítico | 8 | 2 | 10 |
| | Total | 30 | 11 | 41 |

A leitura do quadro sugere uma certa associação entre a orientação teórica comportamental-cognitiva e a psicologia, e as restantes com a psiquiatria, talvez com mais destaque para a biológica e a psicanalítica (menos frequentes na formação em psicologia).

Finalmente, tendo em consideração que a emergência destas diversas orientações teóricas se desenvolvem ao longo da prática, pareceu-nos interessante ver de que modo as opções dos clínicos estariam relacionadas com o **número de anos de experiência profissional**.

Assim, aplicámos o índice de correlação de Spearman, tendo emergido uma correlação positiva significativa entre os anos de prática e a orientação biológica ($r_{sp}=.31, p<.05$) o que possivelmente remete para o facto de os psiquiatras apresentarem, em geral, mais anos de experiência do que os psicólogos; e positiva próxima da significância com a psicanalítica ($r_{sp}=.25, p=.07$). Surge ainda uma correlação negativa próxima da significância com a orientação cognitiva ($r_{sp}=-.25, p=.07$), revelando este conjunto de associações, um perfil idêntico ao já apresentado acerca da idade. Estes resultados são também manifestos no cruzamento da orientação teórica dominante com número de anos, tal como se pode observar no Quadro 98 a seguir exposto.

Quadro 98

Distribuição da amostra no cruzamento da orientação teórica dominante com o número de anos de prática clínica.

| | | Número de Anos de prática Clínica | | | |
|------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------|------|-------|
| | | <10 | ≥ 10 e <20 | ≥ 20 | Total |
| Orientação Teórica Dominante | Biológico | 2 | 6 | 2 | 10 |
| | Comport.-Cognit. | 5 | 3 | 0 | 8 |
| | Human.-Sistêmico | 4 | 5 | 4 | 13 |
| | Psicanalítico | 0 | 5 | 5 | 10 |
| | Total | 11 | 19 | 11 | 41 |

De acordo com a leitura do quadro, parece existir uma tendência para os sujeitos com menos de 10 anos de prática clínica estarem associados a uma orientação teórica comportamental-cognitiva, a qual está pouco presente nas opções dos clínicos com, entre 10 a 20 anos de experiência e ausente com um número de anos superior a esse. Quando o número de anos de prática é intermédio, assiste-se à dominância da orientação biológica, embora estejam também bastante presentes a humanista-sistémica e a psicanalítica. Um maior número de anos de experiência está associado a formações predominantemente psicanalíticas, seguida da humanista-sistemética. Sublinhe-se que a associação entre a orientação teórica dominante e o número de anos de prática é estatisticamente significativa ($\chi^2(6g.l.)=15.25, p<.05$), sugerindo a tendência para um maior número de anos de experiência estar relacionado com a orientação psicanalítica, um período de tempo inferior com a biológica, ambas com a humanista-sistémica, e práticas mais recentes com a orientação comportamental-cognitiva. Esta distribuição parece efectivamente traduzir os períodos de maior influência das várias orientações teóricas.

5.3.2 Resultados da Validação Divergente por Psicopatologia

De acordo com o que referimos na introdução dos resultados, começaremos por analisar a identificação que os terapeutas estabeleceram entre a agorafobia e as diferentes narrativas. A nossa hipótese, é a de que os terapeutas indiquem para a perturbação agorafóbica um grau de relação significativamente superior com a narrativa protótipo da agorafobia do que com qualquer das outras quatro narrativas propostas.

Uma vez que solicitámos aos terapeutas uma dupla validação divergente, em que não se tratava de destringir apenas narrativas protótipo, mas também psicopatologias, dispomos do mesmo tipo de análise para as cinco perturbações psicopatológicas, pelo que iremos ainda apresentar os resultados da amostra global em relação à depressão, ao

alcoolismo, à toxicodependência e à anorexia.

Com efeito, passaremos a comparar os resultados das diversas narrativas protótipo em cada umas das cinco perturbações emocionais que têm vindo a ser abordadas, procurando compreender qual das narrativas traduz melhor, na opinião dos clínicos, o discurso típico de sujeitos com cada uma das perturbações. Ou, ainda, qual das diferentes histórias é que os clínicos mais associam ao paciente "tipo" com uma determinada psicopatologia; quando a história de uma paciente soa de tal modo familiar que parece possível antecipar-lhe a sequência. Trata-se, efectivamente, desta noção de prototípica que pretendemos agora analisar nas respostas dos clínicos.

As análises desenvolvidas e a seguir apresentadas, destinam-se a explicitar qual ou quais as narrativas que os clínicos relacionam com cada uma das perturbações, bem como as diferenças do grau de relação estabelecido com cada uma delas. Para proceder ao tratamento estatístico dos dados, utilizámos cinco testes não-paramétricos para amostras emparelhadas de Friedman seguido da aplicação da fórmula de comparações múltiplas (Silva, 1994), para a amostra global e para as subamostras definidas com base nas variáveis descritivas do grupo de clínicos.

5.3.2.1 Identificação atribuída pela amostra global a cada uma das cinco narrativas protótipo, por psicopatologia

(1) A nível da agorafobia^[8]

Antes de procedermos à comparação entre as ordens médias de identificação da perturbação agorafóbica com cada uma das narrativas protótipo, propomos a leitura das frequências obtidas nas respectivas distribuições. Note-se que alguns dos clínicos não atribuíram, em cada

^[8] Sempre que utilizámos isolada e directamente a designação da psicopatologia em análise pelos clínicos, de modo a simplificar o discurso, entenda-se que nos referimos a sujeitos com a respectiva perturbação.

narrativa protótipo, classificação às cinco psicopatologias, pelo que, neste estudo, temos alguns valores omissos, implicando uma variação do número total de casos envolvidos em cada análise. Nas estatísticas descritivas, a nível da psicopatologia agorafóbica, dos 57 clínicos da amostra, o total de casos válidos nas diversas narrativas varia entre um máximo de 54 (na própria narrativa da agorafobia) e um mínimo de 49 sujeitos. Uma síntese destes resultados e as respectivas medidas descritivas, encontram-se no Quadro 99.

Quadro 99

Medidas Descritivas em relação aos Resultados das Identificações (de 1 – nenhuma relação, a 5 – total relação) entre a Agorafobia e as cinco Narrativas Protótipo (NP), segundo os clínicos.

| | Psicopatologia da Agorafobia | | | | | |
|----------------------|------------------------------|--------|------|---------|-----------|------|
| | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis | |
| | | | | | P 25 | P 75 |
| NP Agorafobia | 1 | 5 | 4 | 3.00 | 2.00 | 4.00 |
| NP Depressão | 1 | 5 | 1 | 2.00 | 1.00 | 2.00 |
| NP Alcoolismo | 1 | 4 | 1 | 2.00 | 1.00 | 3.00 |
| NP Toxicodependência | 1 | 3 | 1 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| NP Anorexia | 1 | 4 | 1 | 1.00 | 1.00 | 2.00 |

A análise do quadro mostra que, com mais frequência, a relação estabelecida pelos clínicos entre a agorafobia e a respectiva narrativa protótipo é maior do que com as restantes narrativas protótipo. Especificamente, a identificação da perturbação agorafóbica com a narrativa da agorafobia apresenta uma mediana de três (que corresponde a “tem relação”) e uma moda de quatro, indicando que a maioria dos clínicos considera que existe “muita relação” entre elas, sendo que sete (12.3%) admitiram existir uma “total relação”. De acordo com o P25 verificámos que, embora o valor mínimo seja um, 25% da amostra situa-se em valores iguais ou inferiores a dois, o que equivale a “alguma relação” entre a perturbação e a narrativa agorafóbicas. Este valor passa a ser invariavelmente de um na identificação da agorafobia com as outras quatro narrativas.

A seguir, a mais elevada identificação da agorafobia é com as narrativas da depressão e do alcoolismo, apresentando ambas uma mediana de dois, sendo que na depressão o valor máximo na narrativa é

de cinco (enquanto que na do alcoolismo é de apenas quatro) e na narrativa do alcoolismo o *P75* é de três (enquanto que na depressão é de dois). A menor identificação da agorafobia surge com a narrativa da toxicodependência, em que o valor máximo corresponde apenas a três (sendo atribuído unicamente por dois sujeitos). Sublinhe-se o contraste entre o valor modal que, de quatro na narrativa da agorafobia, desce para um em todas as restantes, revelando que a maioria dos sujeitos considera não existir relação entre a agorafobia e as narrativas protótipo associadas às outras perturbações.

Com vista a comparar estatisticamente as diferenças entre estes resultados, aplicámos o teste não paramétrico de Friedman (para mais de duas amostras relacionadas), computado através do programa SPSS (versão 10.0), cuja distribuição das ordens médias de identificação podem ser observadas no Quadro 100 que se segue.

Quadro 100

Ordens Médias de Identificação da Psicopatologia da Agorafobia com as diversas Narrativas Protótipo e χ^2 de Friedman ($N=49$).

| Psicopatologia da Agorafobia | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Narrativas Protótipo | Ordem Média do Grau de Identificação |
| da Agorafobia | 4.23 |
| da Depressão | 2.89 |
| do Alcoolismo | 3.18 |
| da Toxicodependência | 1.98 |
| da Anorexia | 2.71 |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 71.37, p<.001$ | |

Nota: Destacamos a negro o valor mais elevado.

A observação do quadro permite concluir que a narrativa que os clínicos mais relacionam com a agorafobia é a narrativa protótipo da agorafobia, atingindo uma ordem média de 4.23 (“muita relação”). A seguir, com valores de ordem média sucessivamente decrescentes, encontram-se as narrativas protótipo do alcoolismo (3.18), da depressão (2.89), da anorexia (2.71) e, finalmente, da toxicodependência (1.98). A análise realizada revela a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(4\text{g.l.})=71.37, p<.001$) entre as ordens médias envolvidas na distribuição, sugerindo identificações diferenciadas da psicopatologia

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

agorafóbica com as narrativas.

Para calcular se a diferença do valor atribuído à narrativa protótipo da agorafobia era estatisticamente significativo quando comparado com as ordens médias das outras narrativas, aplicámos a fórmula das comparações múltiplas (ver Anexo 27), a qual se destina a comparar amostras duas a duas, quando foi refutada a hipótese nula no teste de Friedman. Como decorre da fórmula, dois resultados serão significativamente diferentes, do ponto de vista estatístico, quando as diferenças entre as somas das suas ordens for superior ao resultado da fórmula das comparações múltiplas.

A utilização desta fórmula implicou, num primeiro momento, a conversão dos dados em valores de ordem, operação que, neste estudo, nos confrontou com o problema de algumas das variáveis não disporem de resultado. Analisando a distribuição dos resultados da amostra, constatámos que as respostas omissas existiam em nove dos 57 clínicos, segundo três configurações: a situação mais frequente, correspondia a ter em cada narrativa apenas a classificação de uma psicopatologia, ficando as restantes quatro sem qualquer resultado assinalado (sugerindo corresponder ao um, "nenhuma relação", pois geralmente a narrativa assinalada dispunha de um grau elevado); ou ausência de resposta só numa das cinco variáveis em comparação ou, para uma determinada psicopatologia, um grupo de cinco narrativas sem classificação. Colocavam-se-nos várias possibilidades para lidar com esta situação. Excluir da amostra global os sujeitos cujo protocolo contivesse respostas omissas, hipótese que considerámos excessiva, dado existirem sempre algumas classificações, passíveis de analisar. Envolver sempre a amostra global, atribuindo aos casos omissos um valor nulo, o que permitiria manter o contraste das variáveis com algum grau de relação com aquelas em que não efectuaram qualquer classificação, embora a transformação em valor de ordem subestimasse o valor do grau assinalado. Atribuir aos casos omissos o valor um, já que corresponde a não haver relação, hipótese que excluímos porque pois, para além de constituir uma

deturpação da escolha do sujeito, a transformação em valores de ordem iria inflacionar os resultados do grau atribuídos (particularmente nos casos de grau um e dois). Finalmente, face a cada distribuição específica, excluir da análise todos os sujeitos em cujo leque de cinco variáveis constasse um ou mais valores omissos. Esta alternativa teria como desvantagem reduzir o número total da amostra e “desperdiçar” os valores atribuídos mas, em contrapartida, iria garantir um resultado mais rigoroso e claramente correspondente às avaliações completas dos sujeitos e seguiria o critério subjacente ao teste não-paramétrico de Friedman anteriormente aplicado, assegurando uma maior continuidade à análise dos resultados. Com efeito, foi por esta via que optámos, ficando como ressalva que os somatórios dos valores de ordem com que iremos trabalhar poderão ser inferiores ao total de respostas disponíveis para cada variável (relação de uma narrativa com uma dada psicopatologia), pois são eliminados, por defeito, os casos em que a inexistência de resultado em alguma variável inquina a sua comparação com as restantes. A opção por este procedimento será, naturalmente, generalizada a todas as análises de validação divergente apresentadas ao longo deste estudo (incluindo a exploração dos resultados por subamostras e por narrativas protótipo).

Após a transformação dos resultados em valores de ordem, utilizámos a computação em Excel (já preparada para o efeito e aplicada nos estudos de validação divergente anteriores), cujos resultados apresentamos no Quadro 101.

Quadro 101

Comparação da Identificação atribuída pelos clínicos entre os pares de narrativas protótipo (NP) e Significância Estatística das respectivas diferenças de identificação, com base na fórmula das comparações múltiplas em que se obteve o valor de 32.74 (N=49).

| Psicopatologia da Agorafobia | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| Pares de Narrativas Protótipo (somatório dos valores de ordem) | | Diferença dos somatórios dos valores de ordem | Significância estatística |
| NPAgorafobia (207.5) | NPDepressão (141.5) | 66.0 | 66.0>32.74; p<.05 |
| NPAgorafobia (207.5) | NPAcoolismo (156.0) | 51.5 | 51.5>32.74; p<.05 |
| NPAgorafobia (207.5) | NPToxicodepen. (97.0) | 110.5 | 110.5>32.74; p<.05 |
| NPAgorafobia (207.5) | NPAnorexia (133.0) | 74.5 | 74.5>32.74; p<.05 |
| NPDepressão (141.5) | NPAcoolismo (156.0) | -14.5 | -14.5<32.74; N.S |
| NPDepressão (141.5) | NPToxicodepen. (97.0) | 44.5 | 44.5>32.74; p<.05 |
| NPDepressão (141.5) | NPAnorexia (133.0) | 8.5 | 8.5<32.74; N.S |
| NPAcoolismo (156.0) | NPToxicodepen. (97.0) | 59.0 | 59.0>32.74; p<.05 |
| NPAcoolismo (156.0) | NPAnorexia (133.0) | 23.0 | 23.0<32.74; N.S |
| NPToxicodepen. (97.0) | NPAnorexia (133.0) | -36.0 | -36.0>32.74; p<.05 |

Após este cálculo e analisando o quadro, verificamos que a relação identificada pelos clínicos entre a agorafobia e a respectiva narrativa protótipo é significativamente superior à relação estabelecida com qualquer uma das outras quatro narrativas. Entretanto, registam-se mais três diferenças significativas, reveladora da tendência para os sujeitos identificarem mais a agorafobia com as narrativas do alcoolismo, da depressão e da anorexia do que com a da toxicodependência. Nenhuma das outras diferenças apresenta expressão estatística, resultados que parecem reforçar a exclusividade da associação entre a narrativa protótipo da agorafobia e o discurso de sujeitos com esta perturbação, não chegando as outras narrativas a “concorrer” entre si para um resultado semelhante, mas subsistindo apenas alguma associação com todas elas, talvez naquilo que têm de sofrimento psicopatológico em geral.

Em suma, os resultados obtidos confirmam totalmente a hipótese inicialmente formulada de que os clínicos teriam tendência para identificar

a perturbação agorafóbica com a narrativa protótipo da agorafobia significativamente mais do que com qualquer outra narrativa.

(2) A nível das restantes perturbações emocionais: depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia

Aproveitando os dados disponíveis, vamos agora analisar, embora ultrapassando um pouco os limites desta investigação, até que ponto a identificação de cada uma das perturbações com a respectiva narrativa protótipo é também a privilegiada nas restantes situações. Foram aplicados os procedimentos estatísticos equivalentes aos atrás apresentados para a agorafobia, a cada uma das psicopatologias. Os resultados encontram-se sintetizados de acordo com o tipo de apresentação que vimos seguindo desde o terceiro estudo para a análise da validação (momento em que nos reportámos em detalhe ao seu conteúdo) e que continuaremos a adoptar nos quadros que se seguem, utilizando nos títulos apenas uma referência sintéctica completando com as notas a informação central para a leitura do quadro. Os resultados da validação divergente, relativos às psicopatologias da depressão, do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia, figuram no Quadro 102 que se segue.

Quadro 102
Resultados da Validação Divergente em cada uma das quatro Perturbações Psicopatológicas.

| Perturbações Psicopatológicas | | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Depressão (N=54) | Alcoolismo (N=49) | Toxicodepend.(N=48) | Anorexia (N=49) |
| NP Dep (231.0) | NP Tox (184.5/-20.5) | NP Tox (212.0) | NP Ano (183.0) |
| NP Alc (183.0/48.0) | NP Alc (164.0) | NP Alc (151.5/60.5) | <i>NP Ago</i> (145.0/38.0) |
| NP Ano (153.5/77.5) | NP Dep (139.0/25.0) | NP Ano (136.5/76.5) | NP Dep (141.0/42.0) |
| NP Tox (132.0/99.0) | NP Ano (127.0/37.0) | NP Dep (120.0/92.0) | NP Alc (138.0/45.0) |
| <i>NP Ago</i> (110.5/127.0) | <i>NP Ago</i> (120.5/43.5) | <i>NP Ago</i> (101.0/111.0) | NP Tox (128.0/55.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 79.88, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 39.81, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 91.73, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 46.64, p<.001$ |
| FCM = 34.07 | FCM = 33.82 | FCM = 32.10 | FCM = 34.14 |

- Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório relativo à narrativa correspondente à psicopatologia da respectiva subamostra;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo correspondente à psicopatologia da respectiva subamostra;
- (4) O *italico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

A leitura do quadro evidencia que a maioria das perturbações emocionais foi mais relacionada com a respectiva narrativa protótipo. Mais especificamente, este padrão manteve-se, e sempre em torno da "muita relação", com as perturbações da depressão (valor de ordem média igual a 4.28), da toxicodependência (valor de ordem média igual a 4.42) e da anorexia (valor de ordem média igual a 4.73). Quanto à sucessão de valores, note-se que, nas psicopatologias da depressão, do alcoolismo e da toxicodependência, a narrativa protótipo da agorafobia corresponde à última escolha, enquanto que na anorexia surge em segundo lugar.

Nas perturbações da depressão, da toxicodependência e da anorexia os valores mais elevados de identificação com a respectiva narrativa protótipo são significativamente superiores à relação estabelecida com qualquer das outras narrativas.

Em relação à perturbação alcoólica surge um resultado curioso, pois encontra-se mais relacionada com a narrativa protótipo da toxicodependência e só, em segundo lugar, com a narrativa do alcoolismo. Também no que concerne alcoolismo, os resultados aparecem menos discriminados, existindo apenas diferenças significativas em relação às estabelecidas com as narrativas da agorafobia e da anorexia, sendo estas últimas as duas com que os clínicos estabelecem uma menor relação, e associando o alcoolismo de igual modo a qualquer das outras quatro narrativas.

5.3.2.2 Validação divergente para a psicopatologia agorafóbica de subamostras definidas com base em variáveis descritivas da amostra

Na perspectiva de aprofundar a análise dos resultados quanto à psicopatologia da agorafobia, desenvolvemos os procedimentos estatísticos inerentes à determinação da validade divergente para cada uma das subamostras, definidas com base nas variáveis que caracterizam esta amostra: o sexo, a formação como psiquiatra ou psicólogo, o número de anos de prática e as orientações teóricas dominantes no exercício

profissional dos clínicos.

(1) Validação divergente na psicopatologia agorafóbica separadamente em subamostras de acordo com o Sexo

Começemos por analisar os resultados da associação entre a perturbação agorafóbica e as diversas narrativas protótipo, atribuídos separadamente pelos clínicos do sexo feminino e do sexo masculino. O Quadro 103 fornece uma imagem da sucessão das ordens médias obtidas nas diversas narrativas protótipo e da significância da diferença de cada uma delas em relação à narrativa da agorafobia, devidamente documentada com os valores de ordem associados ao cálculo da fórmula das comparações múltiplas.

Quadro 103

Resultados da validação divergente por psicopatologia, separadamente por sexo na amostra de clínicos.

| Psicopatologia da Agorafobia | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Sexo Feminino <i>n</i> = 27 | Sexo Masculino <i>n</i> = 22 |
| <i>NP Ago</i> (116.0) | <i>NP Ago</i> (91.5) |
| <i>NP Alc</i> (84.5 / 32.0) | <i>NP Alc</i> (71.5 / 19.5) |
| <i>NP Dep</i> (84.0 / 32.5) | <i>NP Ano</i> (65.0 / 26.0) |
| <i>NP Ano</i> (68.0 / 48.0) | <i>NP Dep</i> (57.5 / 33.5) |
| <i>NP Tox</i> (52.0 / 64.0) | <i>NP Tox</i> (44.5 / 46.5) |
| <i>X²(4 g.l.) = 43.89, p<.001</i> | <i>X²(4 g.l.) = 30.50, p<.001</i> |
| <i>FCM = 24.56</i> | <i>FCM = 22.77</i> |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

A leitura do quadro sugere que, tanto em relação aos clínicos do sexo feminino como aos do sexo masculino, a narrativa protótipo que mais associam com a perturbação agorafóbica é a da própria agorafobia. Também para ambos, a média que se situa em segundo lugar corresponde à narrativa protótipo do alcoolismo, e a narrativa menos relacionada é a

da toxicodependência. Quanto às de relação intermédia existe alguma variação, pois enquanto no sexo feminino, surge em terceiro lugar a depressão e depois a anorexia, no sexo masculino esta ordem aparece invertida.

Por sua vez, no que diz respeito à significância das diferenças, observámos que, enquanto na subamostra do sexo feminino a identificação com a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente superior à relação estabelecida com qualquer das outras narrativas, na amostra masculina isto apenas acontece com as narrativas da anorexia, da depressão e da toxicodependência. Assim, verificamos que para os clínicos do sexo masculino a agorafobia é passível de ser reconhecida tanto na narrativa protótipo da agorafobia, como na do alcoolismo.

(2) Validação divergente na psicopatologia agorafóbica separadamente em subamostras de acordo com a Formação

Passemos a estudar os resultados da validação propostos separadamente por psiquiatras e psicólogos, cuja síntese apresentamos no Quadro 104 que a seguir se observa.

Quadro 104

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia, separadamente por formação

| Psicopatologia da Agorafobia | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Psiquiatras <i>n</i> = 35 | Psicólogos <i>n</i> = 14 |
| <i>NP Ago</i> (148.5) | <i>NP Ago</i> (59.0) |
| <i>NP Alc</i> (112.0 / 36.5) | <i>NP Dep</i> (45.5 / 13.5) |
| <i>NP Ano</i> (96.5 / 52.0) | <i>NP Alc</i> (44.0 / 15.0) |
| <i>NP Dep</i> (96.0 / 52.5) | <i>NP Ano</i> (36.5 / 22.5) |
| <i>NP Tox</i> (72.0 / 76.5) | <i>NP Tox</i> (25.0 / 34.0) |
| <i>X²(4 g.l.) = 50.73, p<.001</i> | <i>X²(4 g.l.) = 22.40, p<.001</i> |
| <i>FCM = 27.84</i> | <i>FCM = 18.14</i> |

- Notas:** (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

A análise dos resultados apresentados no quadro permite concluir que é comum às duas subamostras a atribuição de um grau de relação mais elevado entre a agorafobia e a respectiva narrativa protótipo. Comparando a opinião de psiquiatras com a de psicólogos, sobressai a diferença de identificação estabelecida entre a agorafobia e a narrativa da depressão, a qual, de acordo com os psiquiatras, surge em quarto lugar e, para os psicólogos, assume o segundo lugar numa hierarquia de ordens médias decrescente. Ou seja, segundo os psiquiatras, o discurso dos sujeitos com agorafobia, privilegiadamente relacionado com a narrativa da agorafobia, mostra-se, a seguir, aparentado com o das narrativas do alcoolismo e da anorexia, enquanto que, para os psicólogos, é a narrativa protótipo da depressão e alcoolismo que mais se aproximam da narrativa da agorafobia.

Quanto à discriminação da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia, verificámos que na subamostra dos psiquiatras ela é significativamente superior à atribuída às restantes narrativas. De acordo com a avaliação dos psicólogos, a diferença é apenas estatisticamente significativa em relação a duas narrativas, a saber, a da anorexia e da toxicodependência, surgindo assim menos diferenciada a relação da perturbação agorafóbica com a narrativa da agorafobia.

(3) Validação divergente na psicopatologia agorafóbica separadamente em subamostras de acordo com os anos de prática

A seguir, explorámos os dados resultantes de uma distribuição da amostra, baseada no número de anos de prática clínica dos profissionais. Esta variável foi utilizada na sua forma anteriormente recodificada em três categorias - menos do que 10 anos de prática; 10 ou mais anos e menos do que 20; 20 anos ou mais de experiência profissional -, sendo os resultados das respectivas subamostras apresentados no Quadro 105.

Quadro 105

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia, de acordo com o número de anos de Prática Clínica.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| < 10 anos n = 10 | ≥ 10 e < 20 anos n = 23 | ≥ 20 anos n = 15 |
| <i>NP Ago</i> (49.0) | <i>NP Ago</i> (94.0) | <i>NP Ago</i> (59.5) |
| <i>NP Dep</i> (29.5 / 19.5) | NP Alc (75.0 / 19.0) | NP Alc (49.0 / 10.5) |
| NP Alc (28.0 / 21.0) | <i>NP Dep</i> (69.0 / 25.0) | NP Ano (43.5 / 16.0) |
| <i>NP Ano</i> (24.0 / 25.0) | <i>NP Ano</i> (63.0 / 31.0) | NP Dep (40.5 / 19.0) |
| <i>NP Tox</i> (19.5 / 29.5) | <i>NP Tox</i> (43.0 / 51.0) | <i>NP Tox</i> (32.5 / 27.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 24.65, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 36.35, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 14.86, p<.01$ |
| FCM = 15.01 | FCM = 23.22 | FCM = 19.31 |

- Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

A observação do quadro permite constatar que os clínicos, desde os menos aos mais experientes, são unânimes em considerar a narrativa protótipo da agorafobia a mais fortemente relacionada com a respectiva perturbação, e a narrativa da toxicodependência a menos associada. Note-se, entretanto, que o valor das ordens médias atribuídas à narrativa protótipo da agorafobia varia claramente na razão inversa do tempo de prática dos clínicos. Os que apresentam menos de dez anos de prática são os que atribuem valores de identificação mais elevados, quase com ordem média máxima (4.9), indicando "total relação" (nas subamostras de tempo intermédio e de mais tempo de prática clínica, os valores das ordens médias são de 4.13 e de 3.97, respectivamente).

Na comparação das distribuições das ordens médias relativas nas três subamostras, ressalta como discrepante o lugar atribuído à identificação da agorafobia com a narrativa protótipo da depressão, o qual vai descendo na hierarquia, à medida que o tempo de formação aumenta (passa de segunda, para terceira e, finalmente, para quarta posição). Por outras palavras, parece que quanto maior é a experiência profissional, menos os clínicos consideram que o discurso agorafóbico esteja relacionado com a narrativa protótipo da depressão. Paralelamente,

vemos assumir protagonismo na relação com a agorafobia, primeiro a narrativa do alcoolismo que fica a secundar a da própria perturbação e, na subamostra de clínicos mais experientes, a da anorexia que passa a surgir em terceiro lugar.

Na sequência da leitura que temos vindo a propor, verificámos também que o número de diferenças significativas entre a identificação da psicopatologia agorafóbica com a narrativa protótipo da agorafobia e as restantes, vai diminuindo à medida que o número de anos de formação aumenta. Assim, no grupo de clínicos com menos de 10 anos de prática, a relação da agorafobia com a respectiva narrativa é significativamente superior à relação estabelecida com qualquer das outras quatro narrativas; no grupo com 10 e menos do que 20 anos de prática esta diferença já só é significativa em relação às narrativas da depressão, da anorexia e da toxicodependência; e, finalmente, no grupo de profissionais com mais de 20 anos de experiência clínica a única diferença significativa é com a narrativa da toxicodependência. Em suma, quer isto dizer que a maior discriminação na identificação preferencial da agorafobia com a respectiva narrativa protótipo, é essencialmente, assegurada pelos clínicos que pertencem ao grupo com menos anos de prática profissional.

Face a esta relação tão notória entre o número de anos de prática clínica e a diferente discriminação da narrativa protótipo da agorafobia e tendo em conta que o impacto das diversas orientações teóricas não é contemporâneo, bem como a existência de associações estatisticamente significativas entre os anos de prática e as orientações teórica, atrás analisada, considerámos que a orientação teórica seria um dos aspectos mediadores de tal relação, pelo que constituiria a dimensão a explorar de seguida.

(4) Validação divergente na psicopatologia agorafóbica separadamente em subamostras de acordo com a orientação teórica

Tendo em consideração que o impacto das diversas orientações teóricas se processou ao longo dos anos e que as narrativas protótipo

apresentadas emergiram, naturalmente, num determinado contexto teórico-social, tornava-se pertinente analisar as avaliações efectuados por clínicos com diferentes orientações teóricas.

Para abordar esta temática, iremos recorrer aos quatro sistemas de classificação que elaborámos no primeiro ponto dos resultados, para categorizar os dados relativos à orientação teórica dos sujeitos da amostra. Assim, passaremos a abordar as validações em subamostras definidas de acordo com as diversas classificações, ordenando-as por abrangência decrescente: (a) começaremos com a classificação de cada uma das seis orientações teóricas em três categorias de relevância (nenhuma, pouca, muita); prosseguiremos com as classificações que procuram vincular cada clínico a uma só categoria teórica, (b) especificamente com a que distingue os sujeitos em que a "orientação teórica principal" é "biológica ou comportamental" dos "restantes", (c) a seguir a classificação em função de uma das quatro categorias de "orientação teórica dominante" ("comportamental-cognitiva", "sistémico-humanista", "biológica" e "psicanalítica") e, finalmente, (d) com a classificação que contrasta os de orientação biológica "pura" com "híbrida".

(a) Definição das subamostras de acordo com a categorização de cada orientação teórica em três classes de relevância

Para desenvolver uma análise mais detalhada sobre o efeito do grau de relevância das diversas orientações teóricas nas identificações sugeridas pelos clínicos, utilizámos a categorização desta variável de acordo com a redução da escala de pertinência para três pontos. Assim, em relação a cada uma das seis orientações teóricas propostas, os sujeitos serão agrupados consoante a tenham considerado nada, pouco ou muito relevante. Uma síntese dos resultados obtidos nas três subamostras em relação à orientação teórica **humanista**, figuram no Quadro 106 a seguir apresentado.

Quadro 106
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Humanista.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 8 | "pouca" n = 32 | "Muita" n = 9 |
| NP Ago (33.0) | NP Ago (135.5) | NP Ago (39.0) |
| NP Dep (28.5 / 4.5) | NP Alc (99.0 / 36.5) | NP Alc (34.5 / 4.5) |
| NP Alc (22.5 / 10.5) | NP Dep (91.5 / 44.0) | NP Ano (23.5 / 15.5) |
| NP Ano (20.0 / 13.0) | NP Ano (89.5 / 46.0) | NP Dep (21.5 / 17.5) |
| NP Tox (16.0 / 17.0) | NP Tox (64.5 / 71.0) | NP Tox (16.5 / 22.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 14.25, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 44.76, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 18.46, p < .01$ |
| FCM = 14.58 | FCM = 26.95 | FCM = 14.75 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
(3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
(4) O *itálico* assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Da análise do quadro destaca-se a importância da identificação da agorafobia com a narrativa protótipo correspondente, em qualquer das três subamostras, variando a associação estabelecida entre a perturbação em estudo e as narrativas da depressão do alcoolismo e da anorexia. A tendência é para a narrativa da depressão obter uma maior relação com a agorafobia no grupo de clínicos com menos formação humanista, e muito menor entre aqueles para quem esta orientação tem muita relevância. O percurso praticamente oposto ocorre com a identificação da agorafobia à narrativa da anorexia, sendo os sujeitos que atribuem maior relevo à orientação humanista aqueles que consideram esta narrativa mais associável ao discurso agorafóbico. A proximidade da agorafobia com a narrativa do alcoolismo passa a ser a segunda mais forte nas duas subamostras em que a orientação humanista assume relevância. Note-se que este padrão corresponde exactamente ao anteriormente descrito quanto ao número de anos de prática profissional.

O aspecto que mais sobressai da observação do quadro prende-se com as diferenças das subamostras ao nível da discriminação significativa da narrativa protótipo da agorafobia. A subamostra em que a orientação humanista tem "pouca" relevância é a que mais diferencia, apresentando diferenças estatisticamente significativas em relação a qualquer das outras narrativas. Segue-se a subamostra de sujeitos em

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

que a orientação humanista tem “muita” relevância, na qual apenas não há discriminação em relação à identificação da agorafobia com a narrativa do alcoolismo. Note-se que desta última subamostra foram excluídos praticamente metade dos sujeitos (sete) devido à existência de respostas omissas, o que limita consideravelmente a apreciação das avaliações neste subgrupo. Entretanto, na subamostra em que tal orientação não tem relevância, a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa protótipo é significativa unicamente em relação à narrativa da toxicodependência. O conjunto destes resultados talvez queira sugerir que uma formação predominante (e, portanto, não equilibrada com as outras) diminua a capacidade discriminativa.

Focalizando a atenção na orientação teórica **psicanalítica**, observemos os resultados obtidos ao nível das três subamostras e que figuram no Quadro 107.

Quadro 107

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Psicanalítica.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| “Nenhuma” n = 29 | “Pouca” n = 10 | “Muita” n = 10 |
| <i>NP Ago</i> (130.0) | <i>NP Ago</i> (39.0) | <i>NP Ago</i> (37.5) |
| <i>NP Alc</i> (95.5 / 34.5) | <i>NP Alc</i> (32.5 / 6.5) | <i>NP Dep</i> (30.5 / 7.0) |
| <i>NP Dep</i> (78.5 / 51.5) | <i>NP Ano</i> (31.0 / 8.0) | <i>NP Alc</i> (24.5 / 13.0) |
| <i>NP Ano</i> (74.5 / 55.5) | <i>NP Dep</i> (29.0 / 10.0) | <i>NP Ano</i> (26.5 ^Φ / 11.0) |
| <i>NP Tox</i> (56.5 / 73.5) | <i>NP Tox</i> (18.5 / 20.5) | <i>NP Tox</i> (21.0 / 16.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 57.71, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 11.58, p<.05$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 8.97, p=.06$ |
| <i>FCM</i> = 25.06 | <i>FCM</i> = 16.07 | <i>FCM</i> = 18.19 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Φ

Nota do Quadro: O facto de este valor ser superior ao somatório de valores correspondentes em linhas anteriores, não é contraditório com a sucessão apresentada, a qual corresponde efectivamente a valores decrescentes mas ordens médias, às quais nem sempre é absolutamente equivalente a sucessão quanto ao somatório dos valores de ordem, em virtude de artifícios introduzidos na transformação de valores de grau, para valores de ordem, de modo a tornar viável a análise segundo a fórmula das comparações múltiplas. Esta falta de correspondência na sucessão das narrativas e do primeiro valor que surge entre parêntesis volta a suceder em distribuições posteriores, pelo que solicitamos ao leitor a generalização desta nota a todos esses casos, para que possamos prescindir de repetir esta explicação.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

A análise do quadro revela que as três subamostras tendem a atribuir à narrativa da agorafobia a maior identificação com o discurso de pacientes com agorafobia e a menor relação com a narrativa da toxicodependência. Entretanto a identificação com a narrativa da depressão surge mais elevada na subamostra de clínicos em que a orientação teórica psicanalítica é muito relevante, em contraste com o que acontecia no caso da orientação humanista. Evidencia-se o facto da subamostra correspondente a “nenhuma” relevância da psicanálise ser aquela em que a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa se mostra mais discriminada, já que é significativamente superior a todas as outras narrativas. Na subamostra com “pouca” relevância da orientação psicanalítica, a discriminação significativa apenas se expressa em relação à narrativa da toxicodependência, diluindo-se a sua significância na subamostra com maior relevância da psicanálise. Sublinhe-se ainda que nesta subamostra as diferenças na distribuição das ordens médias é apenas próxima da significância, sugerindo que os respectivos clínicos atribuem valores muito próximos as diversas narrativas, não as diferenciando pronunciadamente.

No que diz respeito à orientação teórica **cognitiva**, os resultados das três subamostras encontram-se disponíveis no Quadro 108

Quadro 108
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Cognitiva.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| “Nenhuma” n = 13 | “pouca” n = 18 | “Muita” n = 18 |
| <i>NP Ago</i> (48.5) | <i>NP Ago</i> (77.0) | <i>NP Ago</i> (82.0) |
| NP Ano (44.0 / 4.5) | NP Alc (59.5 / 17.5) | NP Alc (63.0 / 19.0) |
| NP Dep (42.5 / 6.0) | NP Dep (54.5 / 22.5) | NP Ano (47.0 / 35.0) |
| NP Alc (33.5 / 15.0) | NP Ano (42.0 / 35.0) | NP Dep (44.5 / 37.5) |
| NP Tox (26.5 / 22.0) | NP Tox (37.0 / 40.0) | NP Tox (33.5 / 48.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 13.96, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 30.31, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 40.23, p < .001$ |
| FCM = 18.23 | FCM = 20.45 | FCM = 19.82 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Através da análise do quadro, constatámos que as duas subamostras em que se faz sentir a relevância da orientação teórica cognitiva (“pouca” e “muita”) apresentam distribuições semelhantes e em que a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa é significativamente mais elevada do que com as narrativas da anorexia, da depressão e da toxicodependência. Nestes grupos, verificámos que se podem identificar com a agorafobia, para além da sua própria narrativa, a do alcoolismo. Em contraste, a subamostra em que esta orientação “não tem” relevância, existe apenas uma diferença significativa, em relação à narrativa protótipo da toxicodependência, sugerindo pouca diferenciação das identificações.

Quanto à orientação teórica **comportamental**, os resultados das três subamostras figuram no Quadro 109

Quadro 109

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Comportamental.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| “Nenhuma” <i>n</i> = 19 | “Pouca” <i>n</i> = 17 | “Muita” <i>n</i> = 13 |
| <i>NP Ago</i> (71.0) | <i>NP Ago</i> (73.5) | <i>NP Ago</i> (65.0) |
| <i>NP Dep</i> (63.0 / 8.0) | <i>NP Alc</i> (56.0 / 17.0) | <i>NP Alc</i> (51.0 / 14.0) |
| <i>NP Ano</i> (60.0 / 11.0) | <i>NP Dep</i> (46.0 / 27.0) | <i>NP Dep</i> (35.0 / 30.0) |
| <i>NP Alc</i> (53.0 / 18.0) | <i>NP Ano</i> (45.0 / 28.0) | <i>NP Ano</i> (31.0 / 34.0) |
| <i>NP Tox</i> (38.0 / 33.0) | <i>NP Tox</i> (34.5 / 38.5) | <i>NP Tox</i> (28.0 / 37.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 17.66, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 28.82, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 39.55, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 21.61 | <i>FCM</i> = 19.94 | <i>FCM</i> = 13.15 |

- Notas:** (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Da observação do quadro ressalta um contraste entre os resultados dos clínicos para quem tem ou não relevância a orientação comportamental. Se a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa surge como a mais elevada em todos os grupos, nas subamostras em que existe relevância (alguma ou muita), este resultado é

notoriamente mais discriminado em relação à identificação com as restantes narrativas protótipo. Constatámos que a distribuição hierárquica das narrativas é idêntica nestas duas subamostras e que o número de diferenças significativas aumenta de uma para a outras, atingindo o máximo no grupo de clínicos para quem a orientação teórica comportamental é muito relevante, no qual o emparelhamento da agorafobia com a respectiva narrativa é significativamente diferenciado em relação a todas as outras narrativas.

A nível da orientação teórica **sistémica**, a distribuição dos resultados correspondentes a cada uma das subamostras encontra-se no Quadro 110.

Quadro 110
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Sistémica.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 12 | "Pouca" n = 19 | "Muita" n = 18 |
| <i>NP Ago</i> (48.5) | <i>NP Ago</i> (77.0) | <i>NP Ago</i> (82.0) |
| NP Dep (37.0 / 11.5) | NP Alc (64.5 / 12.5) | NP Alc (55.0 / 27.0) |
| NP Alc (36.5 / 12.0) | NP Dep (56.0 / 21.0) | NP Dep (48.5 / 33.5) |
| NP Ano (34.5 / 14.0) | NP Ano (52.5 / 24.5) | NP Ano (46.0 / 36.0) |
| NP Tox (23.5 / 25.0) | NP Tox (35.0 / 42.0) | NP Tox (38.5 / 43.5) |
| $X^2(4 \text{ g.l.}) = 15.51, p < .01$ | $X^2(4 \text{ g.l.}) = 27.28, p < .001$ | $X^2(4 \text{ g.l.}) = 31.99, p < .001$ |
| FCM = 17.45 | FCM = 21.17 | FCM = 20.26 |

- Notas:** (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Através da análise do quadro constatámos que na subamostra sem relevância da orientação teórica sistémica a distribuição das narrativas, com excepção dos extremos, é distinta da obtida nas outras duas subamostras, e que a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa apenas é significativamente superior em relação à identificação com a narrativa da toxicodependência. Nas duas subamostras de clínicos com orientação sistémica relevante, encontrámos distribuições equivalentes, diferindo na demarcação em relação às restantes narrativas,

a qual começa por ser em significativa em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia e passa, no grupo em que a relevância é muita, a abranger todas as restantes.

Finalmente, os resultados das subamostras definidas com base na orientação teórica **biológica**, são apresentados no Quadro 111.

Quadro 111
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Biológica.

| Psicopatologia da Agorafobia | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| "Nenhuma" <i>n</i> = 18 | "Pouca" <i>n</i> = 14 | "Muita" <i>n</i> = 17 |
| <i>NP Ago</i> (73.5) | <i>NP Ago</i> (59.0) | <i>NP Ago</i> (75.0) |
| <i>NP Dep</i> (63.5 / 10.0) | <i>NP Alc</i> (45.5 / 13.5) | <i>NP Alc</i> (59.0 / 16.0) |
| <i>NP Alc</i> (51.5 / 22.0) | <i>NP Ano</i> (37.5 / 21.5) | <i>NP Ano</i> (45.0 / 30.0) |
| <i>NP Ano</i> (50.5 / 23.0) | <i>NP Dep</i> (35.0 / 24.0) | <i>NP Dep</i> (43.0 / 32.0) |
| <i>NP Tox</i> (31.0 / 42.5) | <i>NP Tox</i> (33.0 / 26.0) | <i>NP Tox</i> (33.0 / 42.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 28.28, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 18.81, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 34.74, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 20.41 | <i>FCM</i> = 18.50 | <i>FCM</i> = 19.62 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
(3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
(4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Do presente quadro sobressai a semelhança dos resultados entre as três subamostras, particularmente quanto ao número de diferenças significativas entre a identificação mais elevada da agorafobia com a respectiva narrativa e as restantes. Concretamente, nos três grupos as diferenças são significativas em relação às narrativas da anorexia e da toxicodependência, mas enquanto que, na subamostra que não atribui relevância à orientação biológica, a terceira diferença significativa refere-se à narrativa do alcoolismo, nas outras ela diz respeito à narrativa da depressão.

Numa síntese global dos resultados obtidos nas seis orientações teóricas, ressaltamos o facto de, nas dezoito subamostras, o valor mais

elevado de relação da psicopatologia agorafóbica corresponde, invariavelmente, à narrativa protótipo da agorafobia, bem como o mais baixo à narrativa da toxicodependência. As oscilações de opinião circulam, essencialmente, em torno das narrativas protótipo da depressão e do alcoolismo. A propósito, um aspecto que sobressai na maioria das orientações, é que na subamostra de clínicos para quem nenhuma delas é relevante, a narrativa que em segundo lugar mais se associa à agorafobia é a da depressão (sendo excepções as orientações psicanalítica e cognitiva), enquanto que para as subamostras em que existe relevância da respectiva orientação teórica a narrativa mais associada, em segundo lugar, passa a ser a do alcoolismo (com a única excepção para a orientação psicanalítica). Nota-se ainda, uma tendência clara para as distribuições nas subamostras em que a orientação teórica é relevante, quer seja pouco ou muito, a hierarquia das identificações com as diversas narrativas ser exactamente a mesma (c.f. orientações comportamental, sistémica e biológica).

Quanto à significância das diferenças entre a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa e com as restantes, emergem também padrões contrastantes entre os clínicos para quem consoante a orientação teórica em causa assume ou não relevância. A única excepção a esta espécie de clivagem dos resultados de uma subamostra para um lado, e as outras duas, para outro, é constituída pela orientação biológica, em que o número de diferenças significativas é constante ao longo dos três grupos. Nas restantes orientações, impera a tendência para as subamostras que indicam relevância da orientação apresentarem uma associação significativamente mais discriminada entre a agorafobia e a respectiva narrativa, do que o grupo para quem essa orientação não está presente. Constitui excepção o mapa de resultados relativo à orientação psicanalítica em que se observa exactamente o oposto, ou seja, em que na subamostra sem relevância desta orientação se observa uma maior diferenciação da relação entre a agorafobia e a narrativa respectiva. Entre os grupos em que a orientação apresenta relevância, regista-se, em alguns casos, como na orientação comportamental e sistémica, um aumento de

discriminação significativa desde aqueles para quem tem pouca relevância até àqueles para quem tem muita relevância.

Finalmente, diríamos que se verifica um contraste de resultados mais evidente entre a existência ou não de relevância de uma dada orientação teórica, do que do tipo específico da orientação em causa. Assim, com excepção da orientação psicanalítica e, parcialmente, da biológica, observa-se que os clínicos em que as orientações teóricas assumem relevância, mostram uma identificação da agorafobia com a sua narrativa protótipo mais discriminada em relação às restantes narrativas, e uma associação mais elevada, em segundo lugar, com a narrativa do alcoolismo (e, geralmente, com valores não significativamente diferenciados em relação à da agorafobia). Isto sugere que, para uma clara diferenciação da narrativa da agorafobia como protótipo do discurso de sujeitos com a respectiva perturbação, mais importante do que o tipo de orientação teórica dos clínicos, revela-se a existência marcada de uma orientação, em contraste com a sua falta de relevância na formação dos sujeitos.

(b) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica principal, designadamente, "biológica ou comportamental" e "restantes"

Comecemos por usar a classificação das orientações teóricas de acordo com a eleição da que surge como principal nas cotações atribuídas por cada sujeito, discriminando apenas dois grandes grupos, um inclui os casos em que é eleita a orientação biológica ou comportamental, e o outro qualquer das restantes. Os resultados da validação referentes a estas duas subamostras podem ser observados no Quadro 112.

Quadro 112

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica “Principal” (N=46^[9]).

| Psicopatologia da Agorafobia | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| “Biológica ou Comportamental” n = 16 | “Outras” n = 25 |
| <i>NP Ago</i> (70.5) | <i>NP Ago</i> (98.5) |
| NP Alc (56.0 / 14.5) | NP Dep (77.5 / 21.0) |
| NP Dep (45.5 / 25.0) | NP Ano (74.0 / 24.5) |
| NP Ano (37.5 / 33.0) | NP Alc (73.5 / 25.0) |
| NP Tox (30.5 / 40.0) | NP Tox (51.5 / 47.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 34.24, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 24.15, p<.001$ |
| FCM = 18.99 | FCM = 24.34 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
(3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
(4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Em ambas as subamostras a identificação com o valor mais elevado corresponde à narrativa protótipo da agorafobia, sendo a diferença estatisticamente significativa em relação a três das restantes narrativas. Em comum nas duas subamostras quanto às narrativas da anorexia e da toxicodependência, no grupo “outras” em relação à narrativa do alcoolismo, enquanto que nos casos em que a orientação principal é a biológica ou comportamental em relação à narrativa da depressão. Quanto a esta última sublinhe-se o contraste com a situação que assume, para o grupo de sujeitos que elegeram uma das restantes orientações como principal, na qual é a narrativa com que mais associam a agorafobia em segundo lugar, a seguir à da própria perturbação.

^[9] Este valor é inferior ao total da amostra deste estudo, uma vez que foram excluídos os 11 casos, em que os sujeitos não atribuíram a nenhuma das orientações um valor superior em relação às cinco restantes.

(c) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica dominante: “comportamental-cognitiva”, “sistémica-humanista”, biológica e psicanalítica

Passemos agora a utilizar uma classificação mais detalhada das orientações teóricas dominantes, através da qual se procura associar cada sujeito da amostra a uma das quatro categorias de orientação teórica: comportamental-cognitiva, biológica, humanista-sistémica e psicanalítica. Uma síntese dos resultados relativos à relação da agorafobia com as diversas narrativas protótipo, correspondentes aos quatro grupos de clínicos com diferentes orientações teóricas, encontram-se apresentadas no Quadro 113 que figura em seguida.

Quadro 113

Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica “Dominante” (N=41¹⁰).

| Psicopatologia da Agorafobia | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| Comportamental-Cognitiva n = 8 | Biológica n = 9 | Humanista-Sistémica n = 10 | Psicanalítica n = 10 |
| NP Ago (37.5) | NP Ago (37.5) | NP Ago (40.0) | NP Ago (39.0) |
| NP Alc (25.0 / 12.5) | NP Alc (34.5 / 3.0) | NP Dep (32.0 / 8.0) | NP Dep (33.5 / 5.5) |
| NP Dep (23.0 / 14.5) | NP Dep (25.0 / 12.5) | NP Alc (29.5 / 10.5) | NP Ano (28.5 / 10.5) |
| NP Ano (19.5 / 18.0) | NP Ano (21.5 / 16.0) | NP Ano (29.0 / 11.0) | NP Alc (26.0 / 13.0) |
| NP Tox (15.0 / 22.5) | NP Tox (16.5 / 21.0) | NP Tox (19.5 / 20.5) | NP Tox (23.0 / 16.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 17.57, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 18.99, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 10.98, p < .05$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 9.37, p = .05$ |
| FCM = 14.05 | FCM = 14.93 | FCM = 16.09 | FCM = 16.28 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
- (3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

Na análise do quadro, deparámos com uma total sobreposição, entre o grupo de orientação comportamental-cognitiva e o de orientação biológica, quanto à hierarquia que estabelecem na relação das diversas narrativas protótipo com a agorafobia. Nas outras duas subamostras, a

¹⁰ Do total de 57 sujeitos da amostra, foram excluídos desta classificação os 16 casos em que existiam cotações igualmente superiores em orientações teóricas pertencentes a categorias distintas nesta classificação.

narrativa protótipo da agorafobia continua a receber a identificação mais elevada, mas passa a ser seguida pela narrativa da depressão (em vez da narrativa do alcoolismo). No grupo de orientação humanista-sistémica, a narrativa do alcoolismo passa para terceiro lugar, enquanto que no grupo de orientação psicanalítica, é transferida para quarto lugar, sendo ultrapassada pela narrativa da anorexia.

Quanto à significância das diferenças entre a identificação da perturbação agorafóbica com a respectiva narrativa e com as restantes, destaca-se o grupo de clínicos com orientação teórica dominante comportamental-cognitiva como a mais discriminativa. Neste grupo evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas em relação às narrativas da depressão, da toxicodependência e da anorexia. Entretanto, o padrão de diferenciação vai decrescendo através das outras subamostras, sendo que na orientação biológica as diferenças são significativas em relação às narrativas da anorexia e da toxicodependência, na orientação dominante humanista-sistémica a única diferença que se mantém significativa é em relação à narrativa da toxicodependência e, na orientação psicanalítica, deixa de se registar qualquer diferença significativa.

(d) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica "biológica pura" e "biológica híbrida"

A seguir, considerando curioso que os resultados da validação apresentados pelo grupo de clínicos com orientação teórica dominante biológica se aproximassem tanto dos resultados mais discriminativos de outras orientações, como a comportamental-cognitiva, e pensando no pressuposto de que nesta orientação não são tão valorizadas as narrativas dos pacientes, passámos a aprofundar o mapa de identificações de todos os sujeitos que indicam como relevante, na sua prática clínica, a orientação biológica. Assim, distinguimos dois sub-grupos nesta orientação: os clínicos que apresentam na orientação teórica biológica um valor de relevância superior à de todas as outras orientações (que tínhamos

designado de “biológicos puros”) e aqueles que atribuem um valor igualmente elevado à orientação biológica e a outra (“biológicos híbridos”). Os resultados obtidos na avaliação dos sujeitos, de cada uma dessas duas subamostras são a seguir apresentados no Quadro 114.

Quadro 114
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia na Orientação Teórica Biológica, classificada em duas categorias ($N=21^{11}$).

| Psicopatologia da Agorafobia | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| “Biológica Pura” <i>n</i> = 9 | “Biológica Híbrida” <i>n</i> = 8 |
| <i>NP Ago</i> (37.5) | <i>NP Ago</i> (37.0) |
| NP Alc (34.5 / 3.0) | NP Alc (25.0 / 12.0) |
| NP Dep (25.0 / 12.5) | NP Ano (23.0 / 14.0) |
| NP Ano (21.5 / 16.0) | NP Dep (18.5 / 18.5) |
| NP Tox (16.5 / 21.0) | NP Tox (16.5 / 20.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 18.99, p<.01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 19.43, p<.01$ |
| <i>FCM</i> = 14.93 | <i>FCM</i> = 14.19 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As narrativas encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à narrativa protótipo da agorafobia;
(3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à narrativa protótipo da agorafobia;
(4) O itálico assinala a narrativa protótipo da agorafobia, dado o seu lugar central neste estudo.

A observação do quadro permite constatar que as duas subamostras apresentam resultados muito similares, quer quanto à distribuição das ordens médias, quer quanto à significância das diferenças. Verificámos que em ambos os grupos a narrativa protótipo mais fortemente associada à psicopatologia agorafóbica é a da respectiva perturbação e, em segundo lugar, a do alcoolismo e que exibem duas diferenças estatisticamente significativas. Uma das diferenças é equivalente nas duas subamostra e diz respeito à identificação da agorafobia com a narrativa agorafobia em comparação com a da toxicodependência e quanto à outra, num dos casos é com a anorexia e no outro com a depressão. Efectivamente, a opinião dos dois grupos quanto ao estatuto das narrativas

¹¹ Este valor inclui apenas os sujeitos em cuja orientação teórica biológica recebeu uma das cotações superiores entre o leque das seis orientações, tendo sido excluídos os 21 sujeitos em que tal não aconteceu.

protótipo da depressão e da anorexia é bem distinta, considerando os clínicos associados à orientação biológica “pura” que a perturbação agorafóbica tem mais relação com a narrativa da depressão do que a da anorexia e os restantes sujeitos estabelecendo a ordem oposta.

5.3.3 Resultados da Validação Divergente por Narrativa Protótipo

Passaremos agora, a dedicarmo-nos à análise da outra vertente da validação proposta aos clínicos e que consistia em comparar a associação de cada narrativa protótipo com as cinco diferentes perturbações emocionais. Trata-se de explorar se uma mesma narrativa protótipo é passível de sugerir a vivência discursiva de sujeitos com psicopatologias distintas e, em caso afirmativo, se de igual modo ou sob graus de proximidade diferentes. Assim, interessa compreender se os clínicos da amostra diferenciaram significativamente, para cada uma das narrativa protótipo, as perturbações a que se encontravam associadas.

Com efeito, passaremos a comparar os resultados das diversas perturbações emocionais em cada umas das cinco narrativas protótipo que têm vindo a ser abordadas, procurando compreender cada narrativa protótipo a que discurso psicopatológico melhor corresponde. Pode traduzir-se pela questão de saber se cada narrativa, correspondesse à história de um paciente que estávamos a ouvir em consulta, para onde se ia inclinando o nosso diagnóstico (ou, quais iríamos considerar como mais prováveis). Trata-se, uma vez mais, de explorar as “prototipias” com que os clínicos vão decifrando cada perturbação, agora através da associação de cada uma das narrativas protótipo com as diversas psicopatologias.

Tendo em consideração que o “produto” específico do nosso primeiro estudo empírico foi a narrativa protótipo da agorafobia, esta assumirá um lugar de destaque na apresentação dos resultados que se segue. Será do maior interesse para nós, aprofundar a avaliação que os clínicos fizeram da narrativa protótipo da agorafobia com as diferentes

perturbações emocionais. Constatámos, no ponto anterior, que de todas as narrativas, a da agorafobia era a mais relacionada com a perturbação agorafóbica. Isto não implica que o recíproco seja válido, isto é, que de todas as psicopatologias, a agorafóbica seja a mais identificada com a narrativa protótipo da agorafobia, embora constitua, naturalmente, a nossa hipótese. Por outras palavras, supomos que talvez os clínicos estabeleçam um grau de relação significativamente superior entre a narrativa protótipo da agorafobia e a respectiva perturbação, do que com a depressão, o alcoolismo, a toxicodependência e a anorexia.

Para testar esta hipótese iremos recorrer às análises de dados e aos tratamentos estatísticos, equivalentes aos utilizados para o estudo da validação em função das psicopatologias. À semelhança do mesmo, começaremos por apresentar os resultados da amostra global para a narrativa protótipo da agorafobia e, a seguir, para as restantes quatro narrativas. Numa fase posterior, os resultados da validação analisada em subamostras e, neste caso, apenas para a narrativa protótipo da agorafobia.

5.3.3.1 Identificação atribuída pela amostra global a cada uma das cinco perturbações emocionais, por narrativa protótipo

(1) A nível da Narrativa Protótipo da Agorafobia

No que diz respeito às frequências do grau de identificação de cada uma das cinco psicopatologias com a narrativa protótipo da agorafobia, apresentamos uma síntese dos resultados e as respectivas medidas descritivas no Quadro 115, que se segue.

Quadro 115

Medidas Descritivas em relação aos resultados das Identificações (de 1 – nenhuma relação, a 5 – total relação) entre a Narrativa Protótipo da Agorafobia e as cinco Psicopatologias segundo os clínicos.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|------|-------------|-----------|------|
| | Mínimo | Máximo | Moda | Median a | Percentis | |
| | | | | | P 25 | P 75 |
| Agorafobia | 1 | 5 | 4 | 3.00 | 2.00 | 4.00 |
| Depressão | 1 | 5 | 2 | 2.00 | 2.00 | 3.00 |
| Alcoolismo | 1 | 5 | 1 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Toxicodependência | 1 | 3 | 1 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Anorexia | 1 | 4 | 1 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |

Através da análise do quadro verificámos que os resultados dos clínicos quanto ao grau de relação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a respectiva perturbação, situam-se ao longo de todos os valores da escala (mínimo de um e máximo de cinco), sendo o P25 de dois (“alguma relação”), a mediana de três e o P75, bem como a moda de quatro, o que equivale a “muita relação”. Os valores das medidas descritivas das restantes psicopatologias são inferiores, destacando-se entre eles a relação da narrativa da agorafobia com a depressão, cujos resultados apresentam uma mediana de dois (“alguma relação”) e um P75 de três (“tem relação”). Nos casos da associação da narrativa protótipo por nós construída com o alcoolismo, a toxicodependência e a anorexia, os valores das medidas descritivas são invariavelmente de um, indicativo de “nenhuma relação”.

Em síntese, fica patente uma maior associação da narrativa protótipo da agorafobia com a própria psicopatologia, em menor grau com a depressão e, praticamente, com mais nenhuma das restantes perturbações emocionais.

Com o objectivo de verificar, se existiam diferenças estatisticamente significativas entre a relação da narrativa protótipo da agorafobia, com cada uma das diversas perturbações, utilizámos o teste não paramétrico de Friedman (para mais de duas amostras emparelhadas), cujos resultados se encontram no Quadro 116 que a seguir apresentamos.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Quadro 116

Ordens Médias de Identificação da Narrativa Protótipo da Agorafobia com as diversas psicopatologias e χ^2 de Friedman ($N=51$)

| Narrativa protótipo da Agorafobia | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| Perturbações Emocionais | Ordem Média do Grau de Identificação |
| Agorafobia | 4.30 |
| Depressão | 3.81 |
| Alcoolismo | 2.40 |
| Toxicodependência | 2.22 |
| Anorexia | 2.26 |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 106.82, p < .001$ | |

Da leitura das médias, concluímos que a perturbação que os clínicos mais relacionam com a narrativa protótipo da agorafobia é a própria agorafobia, atingindo uma média superior a “muita relação” (4.30). A seguir, destaca-se a depressão (3.81), depois o alcoolismo (2.40), a anorexia (2.26) e a toxicodependência (2.22).

Uma vez que a distribuição apresenta diferenças altamente significativas entre as ordens médias ($\chi^2(4 \text{ g.l.})=106.82, p < .001$), interessa avaliar se, em particular, o valor atribuído à perturbação agorafóbica era significativamente superior quando comparado com cada uma das outras psicopatologias. Para o efeito, após a transformação dos resultados em valores de ordem e a exclusão dos sujeitos com respostas omissas, aplicámos o teste das comparações múltiplas, tendo-se obtido os resultados que passamos a apresentar no Quadro 117.

Quadro 117

Comparação da classificação atribuída pelos clínicos entre os pares de psicopatologias (Psic.) e Significância Estatística das respectivas diferenças de identificação, com base na fórmula das comparações múltiplas em que se obteve o valor de 32.49 (N=51).

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|
| Pares de psicopatologias (somatório dos valores de ordem) | | Diferença dos somatórios dos valores de ordem | Significação estatística |
| Psic.Agorafobia (219.5) | Psic.Depressão (194.5) | 25.0 | 25.0<32.49; N.S |
| Psic.Agorafobia (219.5) | Psic.Alcoolismo (122.5) | 97.0 | 97.0>32.49; p<.05 |
| Psic.Agorafobia (219.5) | Psic.Toxicodepen. (113.0) | 106.5 | 106.5>32.49; p<.05 |
| Psic.Agorafobia (219.5) | Psic.Anorexia (115.5) | 104.0 | 104.0>32.49; p<.05 |
| Psic.Depressão (194.5) | Psic.Alcoolismo (122.5) | 72.0 | 72.0>32.49; p<.05 |
| Psic.Depressão (194.5) | Psic.Toxicodepen. (113.0) | 81.5 | 81.5>32.49; p<.05 |
| Psic.Depressão (194.5) | Psic.Anorexia (115.5) | 79.0 | 79.0>32.49; p<.05 |
| Psic.Alcoolismo (122.5) | NPToxicodepen. (113.0) | 9.5 | 9.5<32.49; N.S |
| Psic.Alcoolismo (122.5) | Psic.Anorexia (115.5) | 7.0 | 7.0<32.49; N.S |
| Psic.Toxicodepen. (113.0) | Psic.Anorexia (115.5) | -2.5 | -2.5<32.49; N.S |

Através da leitura do quadro, verificámos que a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente mais identificada com o discurso agorafóbico do que com o do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia, mas é indiferenciado em relação ao da depressão. Esta narrativa protótipo sugere, assim, estar relacionada com a perturbação agorafóbica e a depressiva e afirmar uma clara distância em relação às restantes psicopatologias.

Vemos assim, praticamente confirmada a hipótese inicial, no sentido em que a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente mais identificada com a respectiva psicopatologia, do que com as restantes, sendo única excepção a perturbação depressiva. Quer isto dizer que os clínicos associam a narrativa da agorafobia, tanto a sujeitos com esta perturbação, como com depressão, mas discriminando-a notoriamente, das três restantes psicopatologias.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

(2) A nível das restantes narrativas protótipo (NP): NP da Depressão, NP do Alcoolismo, NP da Toxicodependência e NP da Anorexia

Alargando agora o âmbito da nossa análise ao conjunto das outras narrativas disponíveis, vamos em explorar em que medida, a identificação de cada uma das narrativas protótipo com a respectiva psicopatologia é também a privilegiada nas restantes situações e, naturalmente, como se situa a perturbação agorafóbica em relação a cada uma delas. Aplicando a cada uma das psicopatologias, os procedimentos estatísticos que temos vindo a utilizar para averiguar a existência de diferenças significativas entre as ordens médias e as situar especificamente entre que pares (teste não-paramétrico de Friedman e Fórmula das Comparações Múltiplas), apresentamos uma síntese dos resultados no Quadro 118.

Quadro 118
Resultados da Validação Divergente por psicopatologia em cada uma das quatro Narrativas Protótipo (NP).

| Narrativas Protótipo | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| NP Depressão (N=47) | NP Alcoolismo (N=52) | NPToxicodepend.(N=52) | NP Anorexia (N=51) |
| Psic.Dep (226.0) | Psic.Dep (224.0/-69.5) | Psic.Tox (208.0) | PsicDep(216.5/-64.5) |
| Psic.Ago (141.5/84.5) | Psic.Ago (158.5/-4.0) | Psic.Dep (202.5/5.5) | Psic.Ano (152.0) |
| Psic.Alc (125.5/100.5) | Psic.Alc (154.5) | Psic.Alc (171.0/37.0) | Psic.Ago (138.0/14.0) |
| Psic.Tox (114.0/112.0) | Psic.Tox (147.0/7.5) | Psic.Ago (106.0/102.0) | Psic.Tox (135.0/17.0) |
| Psic.Ano (98.0/128.0) | Psic.Ano (96.0/58.5) | Psic.Ano (92.5/115.5) | Psic.Alc (123.5/28.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 127.14,$ $p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 83.96,$ $p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 111.63,$ $p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 62.40,$ $p < .001$ |
| FCM = 30.71 | FCM = 33.41 | FCM = 32.47 | FCM = 33.83 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório relativo à psicopatologia correspondente à narrativa protótipo da respectiva subamostra;
(3) O negro destaca a narrativa protótipo da perturbação, cuja ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à psicopatologia correspondente à narrativa protótipo da respectiva subamostra;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

Uma primeira leitura do quadro tendo em conta os resultados de cada subamostra, revela que na distribuição da narrativa protótipo da depressão a respectiva psicopatologia apresenta a ordem média mais elevada (4.81), seguida da perturbação agorafóbica (com uma ordem

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

média de 3.00) e estabelecendo diferenças estatisticamente significativas com todas as restantes. Verificámos assim, que face à narrativa correspondente à depressão os clínicos consideram que, a seguir à quase total relação com a psicopatologia depressiva, também “tem relação” com a agorafobia.

Esta correspondência entre a narrativa protótipo e a respectiva perturbação, apenas se volta a encontrar em relação à toxicodependência (com ordem média de 4.00) e com diferenças significativas em relação às perturbações alcoólica, agorafóbica e anoréxica.

Quanto às narrativas protótipo do alcoolismo e da anorexia, os clínicos atribuíram uma identificação significativamente superior com a psicopatologia da depressão do que com a das respectivas perturbações. No caso da narrativa do alcoolismo, surge ainda uma identificação mais elevada com a agorafobia (ordem média de 3.05) e só em terceiro lugar com a do alcoolismo (ordem média de 2.97), depois com a da toxicodependência (ordem média de 2.83) e, em último lugar com a da anorexia, única em relação à qual a identificação com o alcoolismo é significativamente superior. No caso da narrativa da anorexia, constatámos que a respectiva perturbação surge no segundo lugar da hierarquia, embora o seu valor de ordem média (2.98) apenas se aproxime do “tem relação” e não se revela significativamente superior a nenhuma das restantes identificações.

Numa análise do conjunto das distribuições, sobressai o facto da perturbação depressiva ser a mais relacionada com quase todas as narrativas protótipo, com excepção da narrativa da toxicodependência, o que sugere a tendência dos clínicos para “ouvirem” em diversas narrativas o discurso de uma perturbação depressiva. Por outras, palavras segundo o parecer dos clínicos da amostra as narrativas da depressão, do alcoolismo e da anorexia tem, de acordo com as ordens médias, “muita relação” com a perturbação depressiva (sendo o valor da ordem média ligeiramente superior na respectiva narrativa) e sempre assumindo diferenças estatisticamente significativas. Finalmente, a psicopatologia agorafóbica surge como uma das mais relacionadas com estas narrativas protótipo,

nomeadamente com a da depressão e do alcoolismo, a seguir com a da anorexia e, o caso em que é menos associada, é com a narrativa da toxicodependência. Entretanto, a perturbação da anorexia é a que aparece menos associada às diversas narrativas, com excepção da narrativa que lhe corresponde.

A narrativa protótipo da depressão é a única em que a superioridade de associação com a própria depressão é significativa em comparação com a relação estabelecida com todas as outras perturbações. Ainda a propósito desta narrativa, note-se que a perturbação agorafóbica surge como a mais relacionada com ela em segundo lugar (e com uma diferença significativa em relação à última que é a anorexia), estabelecendo reciprocidade no que tinha ocorrido com a da agorafobia. Passando para a narrativa protótipo da toxicodependência em que a maior relação também é com a própria psicopatologia, observamos que a diferença também não é significativa em relação à depressão (tal como tinha acontecido com a narrativa da agorafobia) e mesmo ao alcoolismo, sendo apenas significativa relativamente à agorafobia e à anorexia. Nas narrativas protótipo do alcoolismo e da anorexia a supremacia de relação com a depressão em relação às próprias perturbações é, em ambas, estatisticamente significativa. A narrativa do alcoolismo apresenta uma associação superior significativa com alcoolismo, só em relação à perturbação anoréxica e na narrativa da anorexia não há mais nenhuma diferença com significado estatístico. Em suma, estes resultados, vincam a tendência dos clínicos para associarem as diversas narrativas com a depressão, em três dos casos de forma privilegiada e nos outros dois não tão se sobrepondo, mas mantendo-se praticamente com igual probabilidade que as outras perturbações.

5.3.3.2 Validação divergente na narrativa protótipo da agorafobia de subamostras definidas com base em variáveis descritivas da amostra

À semelhança de como anteriormente procedemos, em relação à

psicopatologia agorafóbica, passaremos agora, a explorar com mais detalhe os resultados obtidos a nível da narrativa protótipo da agorafobia. Com efeito, iremos analisar a relação das diversas perturbações com a referida narrativa, nas mesmas subamostras de sujeitos definidas para o estudo da psicopatologia, com base nas variáveis demográficas, designadamente, sexo, formação, anos de prática e orientação teórica dos clínicos.

(1) Validação divergente na narrativa protótipo da agorafobia separadamente em subamostras de acordo com o Sexo

No que diz respeito às identificações com as psicopatologias que a narrativa protótipo da agorafobia elícita junto de clínicos do sexo feminino e do sexo masculino, separadamente, propomos a observação do Quadro 119 que fornece uma síntese dos resultados obtidos no teste não-paramétrico de Friedman na fórmula das comparações múltiplas.

Quadro 119
Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo separadamente por Sexo, na amostra de clínicos.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Sexo Feminino <i>n</i> = 28 | Sexo Masculino <i>n</i> = 23 |
| <i>Psic.Ago</i> (122.5) | <i>Psic.Ago</i> (97.0) |
| <i>Psic.Dep</i> (102.5 / 20.0) | <i>Psic.Dep</i> (92.0 / 5.0) |
| <i>Psic.Ano</i> (66.5 / 56.0) | <i>Psic.Alc</i> (57.0 / 40.0) |
| <i>Psic. Alc</i> (65.5 / 57.0) | <i>Psic.Tox</i> (50.0 / 47.0) |
| <i>Psic.Tox</i> (63.0 / 59.5) | <i>Psic.Ano</i> (49.0 / 48.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 54.72, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 53.93, p<.001$ |
| <i>FCM</i> = 24.61 | <i>FCM</i> = 22.14 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

Pela análise do quadro constatámos que tanto nos clínicos mulheres como homens, as perturbações mais associadas à narrativa protótipo da agorafobia são, em primeiro lugar a própria agorafobia e,

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

em segundo lugar, a da depressão, sem que existam diferenças significativas entre as duas. Entretanto uns e outros discordam profundamente quanto ao grau de relação da narrativa da agorafobia com a anorexia, sendo para os clínicos do sexo feminino a que mais se relaciona em terceiro lugar e para os do sexo, aquela que, de entre todas, tem menos relação.

O perfil de diferenças significativas é exactamente igual nas duas distribuições, e correspondente ao da amostra global, mostrando que a narrativa protótipo da agorafobia é significativamente mais relacionada com a perturbação agorafóbica do que com as da anorexia, do alcoolismo e da toxicodependência.

(2) Validação divergente na narrativa protótipo da agorafobia separadamente em subamostras de acordo com a Formação

Relativamente à validação proposta separadamente por psiquiatras e psicólogos, encontramos os resultados, cuja síntese se pode observar no Quadro 120 que a seguir apresentamos.

Quadro 120

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo separadamente por Formação.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| Psiquiatras <i>n</i> = 36 | Psicólogos <i>n</i> = 14 |
| <i>Psic.Ago</i> (151.5) | <i>Psic.Ago</i> (63.0) |
| <i>Psic.Dep</i> (140.5 / 11.0) | <i>Psic.Dep</i> (51.5 / 11.5) |
| <i>Psic.Alc</i> (90.0 / 61.5) | <i>Psic.Ano</i> (35.5 / 27.5) |
| <i>Psic.Tox</i> (80.5 / 71.0) | <i>Psic.Alc = Psic.Tox</i> (30.0 / 33.0) |
| <i>Psic.Ano</i> (77.5 / 74.0) | <i>Psic.Alc = Psic.Tox</i> (30.0 / 33.0) |
| $X^2(4 \text{ g.l.}) = 76.62, p < .001$ | $X^2(4 \text{ g.l.}) = 32.21, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 27.44 | <i>FCM</i> = 17.63 |

- Notas:** (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
- (3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

A análise do quadro revela padrões de resultados bastante semelhantes nas duas subamostras, sendo a identificação da narrativa protótipo da agorafobia significativamente mais elevada com a perturbação agorafóbica do que com as do alcoolismo, da toxicodependência e da anorexia. No entanto, a sucessão das ordens médias de identificação com estas três últimas psicopatologias não é equivalente nas duas distribuições, particularmente no que concerne à importância atribuída à narrativa da anorexia, a qual de acordo com a avaliação dos psiquiatras surge em último lugar e segundo a opinião dos psicólogos encontra-se em terceiro. Assim, em ambas as subamostras, apesar da primazia de identificação da narrativa da agorafobia com a respectiva psicopatologia, esta não surge significativamente diferenciada da associação com a depressão, sugerindo que a narrativa em causa é passível de eliciar qualquer dos dois tipos de perturbação.

(3) Validação divergente na narrativa protótipo da agorafobia separadamente em subamostras de acordo com os anos de prática

Quanto à validação resultante das subamostras definidas com base no número de anos de prática profissional, tendo em conta a sua recodificação em três categorias, encontrámos os resultados que se apresentam no Quadro 121

Quadro 121

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo de acordo com o número de anos de Prática clínicas.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| < 10 anos n = 10 | ≥ 10 e < 20 anos n = 25 | ≥ 20 anos n = 16 |
| <i>Psic.Ago</i> (48.5) | <i>Psic.Ago</i> (105.5) | <i>Psic.Ago</i> (65.5) |
| <i>Psic.Dep</i> (36.0 / 12.5) | <i>Psic.Dep</i> (94.5 / 11.0) | <i>Psic.Dep</i> (64.0 / 1.5) |
| Psic.Tox (23.5 / 25.0) | Psic.Alc (60.5 / 45.0) | Psic.Alc (40.5 / 25.0) |
| Psic.Alc (21.5 / 27.0) | Psic.Ano (60.0 / 45.5) | Psic.Tox=Ano (35.0 / 30.5) |
| Psic.Ano (20.5 / 28.0) | Psic.Tox (54.5 / 51.0) | Psic.Tox=Ano (35.0 / 30.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 27.76, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 44.66, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 38.45, p<.001$ |
| FCM = 14.74 | FCM = 23.44 | FCM = 19.05 |

- Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
- (3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Uma observação do quadro no seu conjunto, revela uma grande proximidade de distribuições entre as três subamostras com diferente número de anos de experiência. Em todas elas assistimos à tendência para uma identificação privilegiada da narrativa protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação, sendo as diferenças estatisticamente significativas em relação às restantes, com única excepção da psicopatologia da depressão, resultados que continuam a decalcar, na sua generalidade, a distribuição obtida na amostra global.

(4) Validação divergente na narrativa protótipo da agorafobia separadamente em subamostras de acordo com a Orientação Teórica

Coloquemos agora o enfoque nas orientações teóricas inerentes à prática profissional dos clínicos da amostra. Para o efeito, serão utilizadas na definição das subamostras, as quatro classificações das variáveis associadas a esta temática, seguindo a ordem adoptada na anterior apresentação de resultados, relativa à psicopatologia agorafóbica. Assim, acompanharemos os resultados associados às classificações, com uma abrangência sucessivamente decrescente: (a) classificação de cada uma das seis orientações teóricas em três categorias de relevância (nenhuma, pouca, muita); (b) classificação segundo a "orientação teórica principal" (biológica ou comportamental e restantes; (c) classificação em função da "orientação teórica dominante" ("comportamental-cognitiva", "sistémico-humanista", "biológica" e "psicanalítica"); (d) classificação das "orientações teóricas biológicas" ("biológica pura" e "biológica híbrida").

(a) Definição das subamostras de acordo com a categorização de cada orientação teórica em três classes de relevância

Relativamente a cada uma das seis orientações teóricas apresentadas aos clínicos para se situarem, eles serão agora, agrupados consoante a tenham considerado nada, pouco ou muito relevante.

Começando pela orientação teórica **humanista**, os resultados

revelados por cada uma das três subamostras encontram-se apresentados no Quadro 122 que se segue.

Quadro 122
Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Humanista.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 8 | "Pouca" n = 33 | "Muita" n = 10 |
| Psic.Dep (33.5 / -3.0) | <i>Psic.Ago</i> (142.5) | <i>Psic.Ago</i> (46.5) |
| <i>Psic.Ago</i> (30.5) | Psic.Dep (124.0 / 18.5) | Psic.Dep (37.0 / 9.5) |
| Psic.Alc (20.5 / 10.0) | Psic.Alc (78.5 / 64.0) | Psic.Alc=Ano (23.5 / 23.0) |
| Psic.Ano (19.0 / 11.5) | Psic.Tox (77.0 / 65.5) | Psic. Alc=Ano (23.5 / 23.0) |
| Psic.Tox (16.5 / 14.0) | Psic.Ano (73.0 / 69.5) | Psic.Tox (19.5 / 27.0) |
| $X^2(4 \text{ g.l.}) = 16.59, p < .01$ | $X^2(4 \text{ g.l.}) = 65.17, p < .001$ | $X^2(4 \text{ g.l.}) = 28.87, p < .001$ |
| FCM = 14.36 | FCM = 26.35 | FCM = 15.00 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O *itálico* assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

A leitura do quadro mostra que na subamostra de clínicos para quem a orientação humanista não tem relevância, há uma maior identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão, do que com a própria perturbação agorafóbica, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Aliás, nesta subamostra, a associação da narrativa da agorafobia à respectiva perturbação não apresenta nenhuma diferença significativa em relação às restantes, revelando tratar-se de um subgrupo de clínicos que não discriminam esta associação (as diferenças significativas situam-se entre a identificação com a depressão e as psicopatologias da anorexia e toxicodependência). Entretanto, nas subamostras em que a orientação humanista tem relevância o panorama é bastante distinto: regista-se em ambas a tendência para uma superioridade de relação narrativa agorafóbica com a perturbação respectiva, seguida da depressão e expressando diferenças significativas em relação às três restantes. Da subamostra correspondente à "pouca" relevância para a "muita" evidencia-se um aumento de importância atribuída à associação da narrativa em estudo com a perturbação

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

anoréxica, em detrimento da toxicodependente.

Quanto aos resultados da avaliação manifesta por cada subamostra, definida com base na orientação teórica **psicanalítica**, expomos uma síntese no Quadro 123.

Quadro 123
Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Psicanalítica.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 31 | "Pouca" n = 10 | "Muita" n = 10 |
| <i>Psic.Ago</i> (136.0) | <i>Psic.Ago=Psic.Dep</i> (40.5) | <i>Psic.Ago</i> (43.0) |
| <i>Psic.Dep</i> (114.0 / 22.0) | <i>Psic.Ago=Psic.Dep</i> (40.5/0.0) | <i>Psic.Dep</i> (40.0 / 3.0) |
| <i>Psic.Alc</i> (76.5 / 59.5) | <i>Psic.Alc</i> (24.5 / 16.0) | <i>Psic.Ano</i> (24.5 / 18.5) |
| <i>Psic.Ano</i> (70.0 / 66.0) | <i>Psic.Tox</i> (23.5 / 17.0) | <i>Psic.Alc</i> (21.5 / 21.5) |
| <i>Psic.Tox</i> (68.5 / 67.5) | <i>Psic.Ano</i> (21.0 / 19.5) | <i>Psic.Tox</i> (21.0 / 22.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 62.70, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 20.63, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 26.04, p<.001$ |
| FCM = 25.77 | FCM = 15.52 | FCM = 15.23 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

A partir da análise do quadro verificámos que os resultados são bastante semelhantes nas três subamostras. A identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a própria perturbação e com a depressão, nunca é significativamente diferente, assumindo valores próximos que chegam a ser iguais, no subgrupo em que a orientação psicanalítica tem "pouca" relevância. Em contrapartida a relação da narrativa da agorafobia com a respectiva psicopatologia é significativamente mais elevada do que a relação com as perturbações do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência, nas três subamostras.

No que concerne à orientação teórica **cognitiva**, as três subamostras revelaram os que resultados passíveis de observar no Quadro 124 que a seguir figura.

Quadro 124

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Cognitiva.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 15 | "Pouca" n = 18 | "Muita" n = 18 |
| Psic.Dep (58.5 / -1.0) | Psic.Ago (78.0) | Psic.Ago (84.0) |
| Psic.Ago (57.5) | Psic.Dep (72.5 / 5.5) | Psic.Dep (63.5 / 20.5) |
| Psic.Alc (42.0 / 15.5) | Psic.Ano (42.5 / 35.5) | Psic.Tox (43.0 / 41.0) |
| Psic.Ano = Tox (33.5 / 24.0) | Psic.Alc (40.5 / 37.5) | Psic.Alc (40.0 / 44.0) |
| Psic.Ano = Tox (33.5 / 24.0) | Psic.Tox (36.5 / 41.5) | Psic.Ano (39.5 / 44.5) |
| X ² (4 g.l.) = 25.50, p<.001 | X ² (4 g.l.) = 43.97, p<.001 | X ² (4 g.l.) = 42.90, p<.001 |
| FCM = 18.92 | FCM = 19.65 | FCM = 19.68 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;

(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;

(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;

(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

Uma leitura do quadro através das três subamostras, permite constatar que se naquela em que não há relevância da orientação cognitiva a identificação da narrativa agorafóbica é mais elevada com a depressão, nos outros dois grupos, em que esta orientação teórica é relevante, a identificação preferencial passa a ser protagonizada pela narrativa da agorafobia. Também ao longo dos três vai aumentando a discriminação desta associação em relação à estabelecida com as outras perturbações, começando por existirem diferenças significativas em relação à anorexia e à toxicodependência, a seguir acrescentando-se a do alcoolismo e depois a da depressão. Assim, o subgrupo de clínicos para quem a orientação cognitiva tem "muita" relevância diferencia significativamente a narrativa da agorafobia, o que significa que considera estar consideravelmente mais associada à respectiva perturbação, do que a qualquer das outras quatro em estudo.

A validação de cada uma das subamostras, com graus distintos de relevância quanto à orientação teórica **comportamental**, pode ser observada no Quadro 125 que a seguir apresentamos.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Quadro 125

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Comportamental.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 20 | "Pouca" n = 18 | "Muita" n = 13 |
| Psic.Dep (81.0 / -4.0) | <i>Psic.Ago</i> (79.0) | <i>Psic.Ago</i> (63.5) |
| <i>Psic.Ago</i> (77.0) | Psic.Dep (68.5 / 10.5) | Psic.Dep (45.0 / 18.5) |
| Psic.Alc (53.5 / 23.5) | Psic.Alc=Ano (41.5 / 37.5) | Psic.Tox (30.0 / 33.5) |
| Psic.Ano (45.0 / 32.0) | Psic.Alc=Ano (41.5 / 37.5) | Psic.Ano (29.0 / 34.5) |
| Psic.Tox (43.5 / 33.5) | Psic.Tox (39.5 / 39.5) | Psic.Alc (27.5 / 36.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 36.93, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 40.09, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 36.34, p < .001$ |
| FCM = 21.44 | FCM = 19.91 | FCM = 16.69 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

O quadro apresenta um padrão de resultados nas três subamostras definidas em função da relevância da orientação comportamental, bastante semelhante ao atrás analisado quanto à orientação cognitiva. Repete-se o contraste ao nível da ordem média mais elevada com a narrativa da agorafobia, a qual nos clínicos para quem esta orientação não tem relevância corresponde à depressão e nos outros passa a ser atribuída à perturbação agorafóbica. Distingue-se o facto de, na subamostra sem relevância da orientação comportamental, a identificação da narrativa da agorafobia com a respectiva perturbação já se diferenciar positiva e significativamente da relação estabelecida com as psicopatologias do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência. A discriminação significativa me relação a todas as outras perturbações ocorre, de novo, na subamostra que reconhece "muita" relevância à orientação comportamental.

A distribuição dos resultados correspondentes a cada uma das subamostras, definidas com base na orientação teórica **sistémica**, encontra-se no Quadro 126 em seguida apresentado.

Quadro 126
Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Sistêmica.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| "Nenhuma" n = 12 | "Pouca" n = 21 | "Muita" n = 18 |
| <i>Psic.Ago</i> (51.5) | <i>Psic.Ago</i> (88.5) | <i>Psic.Ago</i> (79.5) |
| <i>Psic.Dep</i> (49.5 / 2.0) | <i>Psic.Dep</i> (74.5 / 14.0) | <i>Psic.Dep</i> (70.5 / 9.0) |
| Psic.Alc (28.0 / 23.5) | Psic.Ano (51.5 / 37.0) | Psic.Alc (45.0 / 34.5) |
| Psic.Ano=Tox (25.5 / 26.0) | Psic.Tox (51.0 / 37.5) | Psic.Ano (38.5 / 41.0) |
| Psic.Tox=Tox (25.5 / 26.0) | Psic.Alc (49.5 / 39.0) | Psic.Tox (36.0 / 43.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 34.07, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 34.71, p<.001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 40.92, p<.001$ |
| FCM = 16.38 | FCM = 22.12 | FCM = 19.63 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

De acordo com a leitura do quadro, a identificação da narrativa da agorafobia tende a ser preferencialmente estabelecida com a perturbação agorafóbica, em qualquer das três subamostras e secundada pela relação com a da depressão, através de uma diferença sem significado estatístico. Ainda de igual modo nos três grupos, o perfil de diferenças significativas é semelhante, abrangendo as restantes psicopatologias, a saber, a do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência, embora a sucessão das suas ordens médias seja distinta.

Quanto à orientação teórica **biológica**, os resultados obtidos nas três subamostras figuram no Quadro 127 que apresentamos a seguir.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

Quadro 127

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Biológica.

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| "Nenhuma" <i>n</i> = 18 | "Pouca" <i>n</i> = 16 | "Muita" <i>n</i> = 17 |
| <i>Psic.Ago</i> (78.5) | <i>Psic.Ago</i> (67.0) | <i>Psic.Ago</i> (74.0) |
| <i>Psic.Dep</i> (67.0 / 11.5) | <i>Psic.Dep</i> (64.0 / 3.0) | <i>Psic.Dep</i> (63.5 / 10.5) |
| <i>Psic.Ano</i> (44.0 / 34.5) | <i>Psic.Alc</i> (38.5 / 28.5) | <i>Psic.Alc</i> (41.5 / 32.5) |
| <i>Psic.Alc</i> (42.5 / 36.0) | <i>Psic.Tox</i> (38.0 / 29.0) | <i>Psic.Ano</i> (39.0 / 35.0) |
| <i>Psic.Tox</i> (38.0 / 40.5) | <i>Psic.Ano</i> (32.5 / 34.5) | <i>Psic.Tox</i> (37.0 / 37.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 37.96, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 37.08, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 33.80, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 20.06 | <i>FCM</i> = 18.89 | <i>FCM</i> = 19.54 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxic dependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

A observação dos resultados das três subamostras que figuram no quadro, permite constatar que o padrão dos resultados é praticamente equivalente em todas elas. Assistimos a uma identificação da narrativa da agorafobia mais elevada com a respectiva perturbação e de forma estatisticamente significativa em relação às psicopatologias do alcoolismo, da anorexia e da toxic dependência, cujas posições relativas de associação com a narrativa vão variando entre os três grupos.

Sintetizando os resultados das seis orientações teóricas, gostaríamos de salientar, em termos da sucessão das ordens médias, a tendência para os sujeitos da subamostra sem relevância da orientação teórica atribuírem primazia à associação da narrativa da agorafobia com a depressão relegando a perturbação agorafóbica para segundo lugar, ordem que depois se inverte nas duas subamostras em que a respectiva orientação é relevante para os clínicos (c.f. orientações humanista, cognitiva e comportamental).

Quanto ao padrão da significância das diferenças na identificação da narrativa da agorafobia com a respectiva perturbação, em relação às diversas psicopatologias, destacaremos a existência de um perfil idêntico nas três subamostras de uma mesma orientação (c.f. orientações

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

psicanalítica, sistêmica e biológica) e a tendência para uma discriminação crescente desde a inexistência até à muita relevância (c.f. orientações cognitiva, comportamental e humanista). As perturbações emocionais que foram, com mais frequência, significativamente diferenciadas são a da toxicodependência e da anorexia, seguidas pela do alcoolismo, sugerindo um núcleo de três psicopatologias pouco associadas à narrativa da agorafobia. Entretanto, a identificação desta narrativa com a agorafobia e a depressão surge geralmente indiferenciada (apesar de algumas exceções, nomeadamente na subamostra de "muita" relevância nas orientações cognitiva e comportamental), indicando alguma tendência para a narrativa se associar igualmente bem com as duas, o que poderá não ter muito significado se tivermos em conta que esta associação da depressão ocorria com qualquer das narrativas, assunto que iremos abordar na discussão dos resultados.

(b) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica principal, designadamente, "biológica ou comportamental" e "restantes"

Passando a definir as subamostras com base na classificação segundo a "orientação teórica principal", emergem dois grupos de sujeitos, designadamente com orientação biológica/comportamental, ou com qualquer outra das restantes, nos quais se obtiveram os resultados observáveis no Quadro 128 que se segue.

Quadro 128

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica “Principal” (N=46¹²).

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| “Biológica ou Comportamental” n = 16 | “Outras” n = 26 |
| <i>Psic.Ago</i> (71.0) | <i>Psic.Ago</i> (106.5) |
| <i>Psic.Dep</i> (56.0 / 15.0) | <i>Psic.Dep</i> (103.5 / 3.0) |
| <i>Psic.Tox</i> (38.5 / 32.5) | <i>Psic.Alc</i> (65.5 / 41.0) |
| <i>Psic.Ano</i> (38.0 / 33.0) | <i>Psic.Ano</i> (59.0 / 47.5) |
| <i>Psic.Alc</i> (36.5 / 34.5) | <i>Psic.Tox</i> (55.5 / 51.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 30.39, p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 54.34, p < .001$ |
| FCM = 19.12 | FCM = 23.77 |

- Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
- (2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
- (3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
- (4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

A análise do quadro indica que, em qualquer das subamostras, a identificação da narrativa da agorafobia tende a ser mais elevada com a perturbação agorafóbica, diferenciando-se significativamente das restantes psicopatologias, com excepção da depressiva. A opinião dos clínicos dos dois grupos, difere em relação à posição relativa das ordens médias da identificação com as perturbações do alcoolismo e da toxicodependência. Sublinhe-se que esta última atinge, na subamostra de clínicos cuja orientação teórica principal é a biológica ou a comportamental, um grau de relação pouco frequente, situando a ordem média da sua identificação com a narrativa da agorafobia em terceiro lugar. Em contraste, esta psicopatologia passa a ser a de menor identificação, para todos os clínicos com outras orientações teóricas.

¹² Este valor é inferior ao total da amostra deste estudo, uma vez que foram excluídos os 11 casos, em que os sujeitos não atribuíram a nenhuma das orientações um valor superior em relação às cinco restantes.

(c) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica dominante: “comportamental-cognitiva”, “sistémica-humanista”, biológica e psicanalítica

A partir da classificação em “orientação teórica dominante”, foram definidas quatro subamostras, cujos resultados apresentamos no Quadro 129 que se segue.

Quadro 129
Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica “Dominante” (N=41¹³).

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Comportamental-Cognitiva n = 8 | Biológica n = 9 | Humanista-Sistémica n = 11 | Psicanalítica n = 10 |
| <i>Psic.Ago</i> (36.0) | <i>Psic.Ago</i> (39.0) | <i>Psic.Dep</i> (44.5 / -1.5) | <i>Psic.Ago</i> (42.0) |
| <i>Psic.Dep</i> (26.5 / 9.5) | <i>Psic.Dep</i> (31.5 / 7.5) | <i>Psic.Ago</i> (43.0) | <i>Psic.Dep</i> (41.5/0.5) |
| <i>Psic.Tox</i> (22.0 / 14.0) | <i>Psic.Ano</i> (22.5 / 16.5) | <i>Psic.Alc</i> (30.0 / 13.0) | <i>Psic.Ano</i> (23.0/19.0) |
| <i>Psic.Alc</i> (19.0 / 17.0) | <i>Psic.Alc</i> (22.0 / 17.0) | <i>Psic.Ano</i> (26.0 / 17.0) | <i>Psic.Alc</i> (22.0/20.0) |
| <i>Psic.Ano</i> (16.5 / 19.5) | <i>Psic.Tox</i> (20.0 / 19.0) | <i>Psic.Tox</i> (21.5 / 21.5) | <i>Psic.Tox</i> (21.5/20.5) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 13.55,$ $p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 16.28,$ $p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 22.24,$ $p < .001$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.})=26.95,$ $p < .001$ |
| FCM = 14.31 | FCM = 15.16 | FCM = 16.29 | FCM = 15.20 |

Notas: (1) As abreviaturas “Ago”, “Dep”, “Alc”, “Tox” e “Ano”, referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxicodependência e anorexia, respectivamente;
(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;
(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;
(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

Através da leitura do quadro verificámos que os clínicos com orientação teórica dominante comportamental-cognitiva, associação a narrativa da agorafobia, com valores progressivamente decrescentes, à perturbação agorafóbica, depressiva, toxicodependente, alcoólica e anorexia, obtendo estas duas últimas uma identificação significativamente inferior à primeira. Se a sucessão entre as duas primeiras perturbações é comum às subamostras com orientação dominante biológica e orientação

¹³ Do total de 57 sujeitos da amostra, foram excluídos desta classificação os 16 casos em que existiam cotações igualmente superiores em orientações teóricas pertencentes a categorias distintas nesta classificação.

psicanalítica, em relação às restantes à hierarquia é invertida, o que significa que a posição relativa da identificação com o alcoolismo se mantém em quarto lugar, divergindo claramente a opinião quanto à relação com a anorexia e toxicodependência, passando esta a ocupar o último lugar. Destacamos ainda, que tanto a distribuição das ordens médias, como o perfil de diferenças significativas é exactamente idêntico nos clínicos com orientação dominante biológica e psicanalítica. Ambos os grupos discriminam significativamente a identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação em relação às psicopatologias da anorexia, do alcoolismo e da toxicodependência. Finalmente, os resultados que mais diferem dos restantes, são apresentados pelo grupo de clínicos com orientação dominante humanista-sistémica, segundo os quais as perturbações mais associadas à narrativa da agorafobia são, por ordem decrescente mas sem diferenças significativas, a depressiva, a agorafóbica e a alcoólica, discriminando significativamente da identificação com a agorafobia, as psicopatologias da anorexia e da toxicodependência.

(d) Definição das subamostras de acordo com a classificação em orientação teórica "biológica pura" e "biológica híbrida"

Finalmente, recorreremos à classificação da orientação teórica biológica em dois grupos, designadamente os "biológicos puros" (quando os clínicos atribuíram à orientação teórica biológica um valor de relevância superior à de todas as outras orientações) e os "biológicos híbridos" (nos casos em que há um valor igualmente elevado na orientação biológica e em qualquer das outras), constando os resultados do Quadro 130 que se segue.

Quadro 130

Resultados da Validação Divergente por narrativa protótipo na Orientação Teórica Biológica, classificada em duas categorias ($N=21^{14}$).

| Narrativa Protótipo da Agorafobia | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| "Biológica Pura" <i>n</i> = 9 | "Biológica Híbrida" <i>n</i> = 9 |
| <i>Psic. Ago</i> (39.0) | <i>Psic. Ago</i> (39.5) |
| <i>Psic. Dep</i> (31.5 / 7.5) | <i>Psic. Dep</i> (36.5 / 3.0) |
| <i>Psic. Ano</i> (22.5 / 16.5) | <i>Psic. Alc</i> (21.5 / 18.0) |
| <i>Psic. Alc</i> (22.0 / 17.0) | <i>Psic. Tox</i> (20.0 / 19.5) |
| <i>Psic. Tox</i> (20.0 / 19.0) | <i>Psic. Ano</i> (17.5 / 22.0) |
| $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 16.28, p < .01$ | $\chi^2(4 \text{ g.l.}) = 23.77, p < .001$ |
| <i>FCM</i> = 15.16 | <i>FCM</i> = 14.47 |

Notas: (1) As abreviaturas "Ago", "Dep", "Alc", "Tox" e "Ano", referem-se às perturbações de agorafobia, depressão, alcoolismo, toxic dependência e anorexia, respectivamente;

(2) As psicopatologias encontram-se dispostas por ordem decrescente do valor da sua ordem média, constando entre parêntesis o somatório dos seus valores de ordem, seguido da diferença estabelecida em relação ao somatório correspondente à psicopatologia agorafóbica;

(3) O negro destaca a psicopatologia cuja a ordem média de identificação apresenta uma diferença estatisticamente significativa, em relação à perturbação da agorafobia;

(4) O itálico assinala a psicopatologia agorafóbica, dado o seu lugar central neste estudo.

De acordo com a observação do quadro, constatámos que a subamostra correspondente à orientação "biológica pura" elege como associação mais intensa a da narrativa da agorafobia com a respectiva perturbação, seguida da depressão, da anorexia, do alcoolismo e da toxic dependência, sendo as diferenças estatisticamente significativas em relação às três últimas, padrão de resultados que replica o descrito no quadro anterior, quanto aos clínicos cuja a orientação teórica dominante era a biológica. A subamostra que designamos por "biológica híbrida", apresenta um perfil de resultados bastante semelhante, diferindo exclusivamente na hierarquia das três psicopatologias menos identificadas com a narrativa da agorafobia que, segundo a avaliação destes clínicos, sucedem-se com valores decrescentes a do alcoolismo, da toxic dependência e da anorexia.

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

¹⁴ Este valor inclui apenas os sujeitos em cuja orientação teórica biológica recebeu uma das cotações superiores entre o leque das seis orientações, tendo sido excluídos os 21 sujeitos em que tal não aconteceu.

5.3.4 Resultados de análises de regressão múltipla

Na perspectiva de explorar a possibilidade de alguma das características da amostra de clínicos ser explicativa dos resultados de validação obtidos, recorreremos à análise de regressão múltipla. Aplicámos este tipo de análise a variáveis dependentes distintas e com grupos diversos de variáveis independentes, embora sempre focalizados no estudo da narrativa da agorafobia.

Neste sentido, desenvolvemos as análises em torno dos seguintes aspectos: identificação da perturbação agorafóbica com a narrativa protótipo da agorafobia (que explorámos com particular ênfase); relação da psicopatologia agorafóbica com as quatro restantes narrativas protótipo; relação da narrativa protótipo da agorafobia com as outras perturbações emocionais. Deste modo, a apresentação dos resultados seguirá as três temáticas que acabámos de referir. Em todos os casos, utilizámos a análise de regressão múltipla de acordo com o método *stepwise* (Howell, 1992), uma vez que se trata de um estudo exploratório, em que não dispomos previamente de hipóteses específicas a verificar.

5.3.4.1 Predição da relação atribuída à psicopatologia agorafóbica com a narrativa protótipo da agorafobia

Começámos por aplicar a análise de regressão sobre o resultado que considerámos central neste estudo, dada a sua paridade com o dos estudos precedentes, e que consiste na relação estabelecida pelos clínicos entre a perturbação agorafóbica e a narrativa protótipo da agorafobia. Neste sentido foi definida como variável dependente a identificação atribuída à agorafobia e a respectiva narrativa protótipo.

Numa fase inicial, foram explorados modelos de regressão associados aos aspectos demográficas em geral, numa etapa seguinte, aos aspectos especificamente relacionados com a orientação teórica dos clínicos, com base nas várias classificações propostas, sequência pela

qual passaremos a apresentar os respectivos resultados.

Na primeira análise de regressão múltipla, destinada a prever a avaliação do grau de relação da agorafobia com a respectiva narrativa protótipo, envolvemos como variáveis independentes as quatro variáveis descritivas de aspectos gerais da amostra de clínicos, nomeadamente, o sexo, a idade, a formação e o número de anos de prática clínica. Os resultados que obtivemos quanto ao modelo de regressão encontram-se no Quadro 131 que a seguir apresentamos.

Quadro 131

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes os aspectos demográficos.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------|-------|---------|--------|------------------|
| Nº de Anos de Prática Clínica | .11 | -.33 | -2.23* | $F(1,42)=4.97^*$ |

* $p<.05$

A leitura do quadro apela para a presença de um modelo de regressão com uma única variável, revelando-se o *número de anos de prática clínica* um preditor significativo ($F(1,42)=4.97$, $p<.05$ e com o coeficiente β de $-.33$ e $t(42)=-2.23$, $p<.05$). Assim, esta variável mostra-se responsável pela explicação de 11% da variância dos resultados, estabelecendo com a variável dependente uma relação negativa, o que significa que quanto menor é o número de anos de prática clínica, maior é a tendência para os clínicos atribuírem um grau de relação elevado entre a agorafobia e a respectiva narrativa. Efectivamente, através do índice de correlação de Spearman encontrámos uma correlação significativa negativa entre estas duas variáveis ($r_{sp}=-.34$, $p<.05$), a qual reafirma os resultados anteriores. Entretanto, mantenham-se presentes as correlações significativas encontradas entre o número de anos de prática clínica e as orientações teóricas que a enquadram, o que parece inibir interpretações lineares destes resultados e motivar a exploração da previsibilidade fornecida pelas orientações.

Neste sentido, mantendo a variável dependente em estudo,

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

aplicámos uma análise de regressão múltipla a cada um dos sistemas de classificação das variáveis de orientação teórica, atrás propostos.

Tomando em consideração a classificação de todas as orientações teóricas, recodificadas em “nenhuma relevância” *versus* “pouca ou muita relevância”, aplicámos a análise de regressão múltipla, definindo seis variáveis independentes, sendo os resultados apresentados no Quadro 132 que se segue.

Quadro 132

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes as seis orientações teóricas.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|------------------------------------|-------|---------|--------|---------------------|
| Relevância da Orientação Cognitiva | .12 | .35 | 2.71** | $F(1,52)=7.37^{**}$ |

** $p<.01$

A análise do quadro permite afirmar que o modelo de regressão apresentado explica 12% da variância apresentada pela variável dependente que consiste na identificação atribuída entre a agorafobia e a respectiva narrativa. Constatámos que a *orientação teórica cognitiva* constitui uma variável significativamente preditora ($F(1,52)=7.37, p<.01$, sendo o coeficiente β de .35, com valor $t(52)=2.71, p<.01$). Como mostram estes valores, as variáveis variam em razão directa e, de acordo com os resultados do teste Mann-Whitney, confirmámos que os clínicos que indicam uma certa relevância da orientação cognitiva apresentam, uma ordem média de 30.85 quanto à relação entre a agorafobia e a respectiva narrativa significativamente mais elevada ($p<.05$), do que aqueles para quem tal orientação teórica não tem qualquer peso (18.80).

Utilizando como referência a categorização elaborada segundo a orientação teórica “dominante”, temos como variáveis independentes, a orientações “comportamental-cognitiva”, “biológica”, “humanista-sistémica” e “psicanalítica”. Na aplicação da análise de regressão múltipla, obtivemos os resultados que se observam no Quadro 133.

Quadro 133

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes as relativas à orientação teórica “dominante”.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------------|-------|---------|--------|---------------------|
| Orientação Comportamental-Cognitiva | .18 | .43 | 2.87** | $F(1,37)=8.26^{**}$ |

** $p<.01$

Através da leitura do quadro verificámos que a *orientação teórica dominante comportamental-cognitiva* constitui uma variável significativamente preditora ($F(1,37)=8.26, p<.01$), com o coeficiente β de .43, e o valor $t(37)=2.87, p<.01$, denunciando uma relação positiva entre as variáveis. Atendendo aos resultados do teste de Mann-Whitney, a ordem média dos resultados de identificação entre a agorafobia e a respectiva narrativa protótipo significativamente mais elevados, correspondem aos clínicos que considerámos apresentarem como orientação teórica dominante a comportamental-cognitiva (28.81 e 17.73, respectivamente, com $p<.05$). Esta variável explica 18% da variância dos resultados da variável dependente.

Quando utilizámos na análise de regressão múltipla a classificação segundo a orientação “principal” (biológica ou comportamental e restantes), bem como, a classificação das orientações “biológicas” (“puras” e “híbridas”), verificámos que nenhuma das variáveis revelou constituir um preditor significativo, tendo sido recomendada a sua exclusão deste tipo de análise, devido ao facto de apresentarem valores constantes ou falta de correlações.

Numa segunda etapa, e após estas análises de regressão múltipla parcelares que nos permitiram também, identificar aquelas variáveis que nunca se evidenciam como explicativas dos resultados relativos à identificação da agorafobia com a respectiva narrativa, interessava agora, definir o modelo de previsibilidade mais económico, informação por excelência do teste estatístico a que recorreremos. Nesse sentido e tendo em consideração que das análises efectuadas emergiram três variáveis preditivas, aplicámos o teste de regressão múltipla assumindo-as como

variáveis independentes, a saber, o número de anos de prática clínica, a orientação teórica cognitiva e a orientação teórica dominante comportamental-cognitiva. Os resultados obtidos figuram no Quadro 134 que a seguir se observa.

Quadro 134

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, assumindo como variáveis independentes aquelas que, até ao momento, se revelaram explicativas.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------------|-------|---------|--------|---------------------|
| Orientação Comportamental-Cognitiva | .20 | .45 | 2.99** | $F(1,36)=8.96^{**}$ |

** $p<.01$

Pela leitura do quadro concluímos que, de entre as três variáveis que se tinham revelado explicativas, a *orientação comportamental-cognitiva* é suficiente para constituir um modelo capaz de explicar 20% da variância (valor aliás superior aos anteriormente revelados por qualquer uma das variáveis). Esta variável mostra-se assim, um preditor significativo ($F(1,36)=8.96$, $p<.01$, sendo o coeficiente β de .45, com valor $t(36)=2.99$, $p<.01$), sendo a relação, novamente, estabelecida no sentido de que os clínicos com uma orientação teórica dominante comportamental-cognitiva, são aqueles que tendem a atribuir uma maior ordem média de identificação entre a agorafobia e a narrativa protótipo que lhe corresponde, segundo os resultados do teste Mann-Whitney exactamente equivalentes aos auferidos na análise anterior.

Tendo em consideração que, de acordo com a metodologia estatística utilizada, o valor alcançado por uma variável, é susceptível de ser alterado com a inclusão de novas variáveis independentes, explorámos, para terminar, os resultados da análise de regressão, envolvendo todas as variáveis independentes até agora parcelarmente analisadas (com excepção das classificações rejeitadas por este tipo de análises). Temos assim um conjunto composto pelas 14 variáveis independentes que passamos a designar: sexo, idade, formação, número de anos de prática clínica, existência de orientação teórica humanista, psicanalítica, cognitiva, comportamental, sistémica e biológica, orientação teórica dominante

comportamental-cognitiva, biológica, sistémico-humanista e psicanalítica. O Quadro 135 apresenta os resultados obtidos através da análise de regressão múltipla.

Quadro 135

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a respectiva narrativa protótipo, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Predictor | <i>r</i> ² | <i>β</i> | <i>t</i> | Modelo Final |
|---------------------------|-----------------------|----------|----------|-----------------------|
| Número de anos de prática | .16 | -.40 | -2.43* | <i>F</i> (1,31)=5.93* |

* *p*<.05

A leitura do quadro permite confirmar que o modelo de regressão apresentado explica, melhor do que o acaso, os resultados quanto à identificação da agorafobia com a respectiva narrativa protótipo. Emerge um modelo que não é composto, mas explicativo de 16% da variância dos resultados, simplesmente através do *número de anos de prática clínica*. Esta variável é significativamente preditora (*F*(1,31)=5.93, *p*<.05), revelando uma relação negativa com a variável dependente (com coeficiente *β* de -.40, e *t*(31)=-2.43, *p*<.05), o que sugere, naturalmente, o resultado já antes obtido, de que quanto maior o número de anos de prática clínica menor a discriminação da associação entre a agorafobia e a narrativa respectiva. Sabemos assim, que quanto mais recente a experiência profissional, mais elevada foi a relação que os clínicos estabeleceram entre a agorafobia e a narrativa protótipo associada a esta perturbação.

Parece curioso, o modo como os anos de prática clínica se sobrepõem, nesta análise, ao carácter preditivo do orientação teórica dominante comportamental-cognitiva, a qual suplantava esta variável na análise anterior, manifestando, aliás, um valor de explicância (20%) superior a esta. Note-se a propósito e de acordo com os dados apresentados no primeiro ponto dos resultados, que existe uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, revelando uma certa tendência para os clínicos com menor número de anos de prática, apresentarem uma orientação teórica predominantemente comportamental-

cognitiva. Com efeito, se numa e noutra análise se destacam variáveis independentes distintas, é possível que o seu significado seja semelhante, assunto que aprofundaremos na discussão dos resultados.

5.3.4.2 Predição da relação atribuída entre a psicopatologia agorafóbica e as restantes narrativas protótipo

Numa fase seguinte, com o objectivo de verificar se alguma das variáveis descritivas da nossa amostra de clínicos seria preditora da identificação que estes encontram entre a psicopatologia da agorafobia e as narrativas protótipo associadas às outras perturbações, realizámos um novo conjunto de análises de regressão, segundo o método *stepwise*. Considerámos particularmente pertinente, compreender se a associação com outras narrativas protótipo, poderia estar a ser determinada pelas opções teóricas dos clínicos.

Neste sentido, redefinimos a variável dependente, em termos da identificação da agorafobia com cada uma das restantes quatro narrativas protótipo e, para cada caso, aplicámos a análise de regressão múltipla, considerando sempre o conjunto mais alargado de variáveis independentes. Concretamente, para todos os casos que passaremos a apresentar, seleccionámos os aspectos demográficos e as orientações teóricas de acordo com as classificações que se têm mostrado analisáveis, constituindo o seguinte conjunto de 13 variáveis independentes: sexo, idade, anos de prática, formação, relevância das orientações teóricas humanista, psicanalítica, cognitiva, comportamental, sistémica, biológica e orientações teóricas dominantes “comportamental-cognitiva”, biológica, “humanista-sistémica” e psicanalítica.

Começando por assumir como variável dependente a **relação da agorafobia com a narrativa protótipo da depressão**, os resultados da análise de regressão que obtivemos encontram-se no Quadro 136, a seguir apresentado.

Quadro 136

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a psicopatologia agorafóbica e a narrativa protótipo da depressão, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Predictor | r ² | β | t | Modelo Final |
|--------------------------------------------|----------------|------|---------|----------------|
| Relevância da Orientação Teórica Biológica | .22 | -.47 | -2.85** | F(1,29)=8.15** |

** p<.01

A observação do quadro destaca como variável altamente significativa a relevância atribuída à orientação teórica biológica ($F(1,29)=8.15$, $p<.01$, sendo o coeficiente β de $-.47$, com valor $t(29)= -2.85$, $p<.01$), explicando 22% da variância dos resultados, através de uma relação negativa com a variável dependente. Com base nos resultados do teste Mann-Whitney, verificamos que o grupo de clínicos para quem a orientação biológica não tem relevância, apresenta uma ordem média de 32.81, significativamente superior ($p<.01$) à ordem média de 20.47 apresentada pelo grupo para quem tal orientação teórica é relevante. Isto significa que os clínicos para quem a orientação biológica tem relevância, tendem a associar significativamente menos a agorafobia com a narrativa da depressão, sendo aqueles para quem esta orientação não tem relevo os que mais tendem a encontrar alguma relação entre a psicopatologia em estudo e a narrativa da depressão.

Quando definimos como variável dependente, quer a **identificação da agorafobia com a narrativa protótipo do alcoolismo**, quer a **identificação da agorafobia com a narrativa protótipo da toxicodependência**, nenhuma das variáveis independentes seleccionadas se revelou significativamente preditiva dos resultados.

Finalmente, seleccionando como variável dependente a **identificação da agorafobia com a narrativa protótipo da anorexia**, evidenciou-se uma variável como explicativa, tal como se pode observar no Quadro 137 que sintetiza os resultados.

Quadro 137

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à psicopatologia agorafóbica com a narrativa protótipo da anorexia, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Predictor | r^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------------------------|-------|---------|---------|---------------------|
| Relevância da Orientação Teórica Comportamental | .23 | -.48 | -3.03** | $F(1,30)=9.16^{**}$ |

** $p<.01$

Através da análise do quadro verificámos que, desta vez, é a relevância atribuída à orientação teórica comportamental que se revela altamente preditiva ($F(1,30)=9.16$, $p<.01$), estabelecendo uma relação negativa com a variável dependente (coeficiente β de $-.48$, com valor $t(30)= -3.03$, $p<.01$), o que sugere que os clínicos para quem esta orientação teórica é relevante, são aqueles que menos identificam a agorafobia com a narrativa protótipo da anorexia. Pelo contrário e como mostra o teste Mann-Whitney, os sujeitos para quem a orientação comportamental não tem relevância apresentam uma ordem média (31.90) significativamente ($p<.05$) mais elevada na identificação da agorafobia com a narrativa protótipo da agorafobia, do que a ordem média dos clínicos para quem esta orientação tem relevância (23.13). A variância dos resultados explicada é de 23%, o que revela que este modelo de regressão explica, melhor do que o acaso, os resultados obtidos na variável dependente.

Em suma, acerca da associações estabelecidas entre a psicopatologia agorafóbica e as narrativas protótipo correspondentes às outras quatro perturbações, emerge uma tendência para a associação com a narrativa da depressão ser estabelecida por clínicos em que não tem relevância a orientação teórica biológica e, no caso da narrativa da anorexia, por clínicos que não atribuem relevância à orientação comportamental. Em todos os restantes casos, os resultados obtidos não parecem ser explicados pelas variáveis independentes disponíveis.

5.3.4.3 Predição da identificação da narrativa protótipo da agorafobia com as quatro restantes psicopatologias

Na sequência da anterior análise, interessa agora, explorar o eventual carácter preditivo das variáveis descritivas da amostra, quanto à relação estabelecida entre a narrativa protótipo que preparámos para a agorafobia e as perturbações depressiva, alcoólica, anoréxica e toxicodependente. Trata-se de aprofundar o conhecimento sobre a forma como a narrativa protótipo que construímos é interpretada pelos clínicos, especificamente, no que se refere às associações com outras psicopatologias que é susceptível de elicitar. Neste sentido, aplicámos uma análise de regressão múltipla à associação entre a narrativa protótipo da agorafobia e cada uma das perturbações emocionais referidas, utilizando como variáveis independentes o conjunto global relativo aos aspectos demográficos e de orientação teórica, atrás designadas.

Relativamente à associação atribuída pelos clínicos entre a **narrativa protótipo da agorafobia e a perturbação emocional da depressão**, emergiu o modelo de regressão que passamos a apresentar no Quadro 138, que se segue.

Quadro 138
Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, entre a narrativa protótipo da agorafobia e a psicopatologia da depressão, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Preditores | <i>r</i> ² | Δr^2 | β | <i>t</i> | Modelo Final |
|-------------------------------------------------|-----------------------|--------------|---------|----------|----------------|
| Relevância da Orientação Teórica Psicanalítica | .13 | - | .37 | 2.22* | F(1,32)=4.92* |
| Nº de anos de prática | .25 | .12 | -.39 | -2.15* | F(2,31)=5.05* |
| Relevância da Orientação Teórica Comportamental | .35 | .10 | -.37 | -2.17* | F(3,30)=5.35** |

* *p*<.05 ; ** *p*<.01

A observação do quadro permite apreciar que existe um conjunto de três modelos de regressão significativos e progressivamente, explicativos de um total de 35% da variância dos resultados de identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão.

Mais especificamente, constatámos que a variável da *relevância*

Narrativas e Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo

da orientação teórica psicanalítica se revela significativamente preditora ($F(1,32)=4.92, p<.05$, sendo o coeficiente β de .37, com valor $t(32)=2.22, p<.05$), através de uma relação directa com a variável dependente e explicando 13% da variância dos resultados.

Uma segunda variável que manifesta constituir um preditor significativo consiste no número de anos de prática clínica ($F(2,31)=5.05, p<.05$, sendo o coeficiente β de -.39, com valor $t(32)=-2.15, p<.05$), acrescentando 12% à variância dos resultados explicada e assentando a predição numa relação negativa entre as variáveis.

Do igual modo, através de uma relação negativa entre as variáveis, temos a relevância da orientação teórica comportamental, que demonstra ser um preditor altamente significativo ($F(3,30)=5.35, p<.01$, sendo o coeficiente β de -.37, com valor $t(32)=-2.17, p<.05$) e explicando mais 10% da variância dos resultados.

A contribuição progressiva de cada uma das três variáveis, torna-se claramente saliente na Figura 3 que a seguir apresentamos.

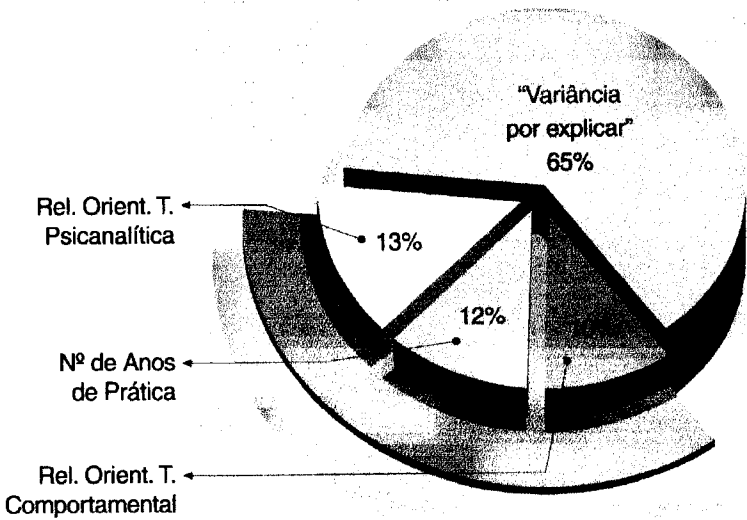


Figura 3
Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão.

Da visualização da figura, evidencia-se que a relevância da orientação teórica psicanalítica, o número de anos de prática e a relevância da orientação comportamental explicam gradualmente, 13%, 25% e 35% da variância total, predizendo, melhor do que o acaso, a identificação que os clínicos estabelecem entre a narrativa da agorafobia e a psicopatologia da depressão.

Entretanto, tendo em conta os coeficientes de β apresentados em cada modelo, verificámos que a relação entre estas três variáveis e a intensidade da identificação, não se estabelece sempre no mesmo sentido. No sentido de clarificar a relação das variáveis relativas às orientações teóricas com a variável dependente, aplicámos o teste Mann-Whitney. Os resultados revelaram que os clínicos para quem a orientação teórica psicanalítica tem relevância apresentam uma ordem média de identificação mais elevada (32.15), mas cuja diferença em relação à ordem média do grupo de sujeitos para quem esta orientação não tem relevo (24.76) não é estatisticamente significativa ($p=.08$). Do mesmo modo, também a diferença de ordens médias de identificação da narrativa da agorafobia com a depressão, não é significativa ($p=.07$) entre os clínicos para quem a orientação comportamental não tem relevância (ordem média=32.05) daqueles para quem tem (ordem média=24.61), podendo, apenas, considerar-se em ambos os casos o facto de se registar um valor próximo de significância

Se tivermos em consideração que os valores de p na comparação das ordens médias acima apresentados se mantêm próximos da significância e procurarmos articular o significado do modelo da regressão como um todo diríamos que os clínicos que tendem a estabelecer uma maior associação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a depressão, são os que indicam ter para si relevância a orientação teórica psicanalítica, aqueles que sinalizam não ter relevância a orientação comportamental e os que os que apresentam menor número de anos de prática clínica. Isto corresponde a constatar que os clínicos com mais experiência profissional, com uma orientação teórica marcada pela relevância do referencial comportamental e pela ausência do psicanalítico são os que mantêm a

narrativa da agorafobia menos identificada com a depressão.

Contudo, aquilo que pudemos afirmar com mais certeza é que os clínicos que tendem a estabelecer uma maior associação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a depressão, são os que apresentam menor número de anos de prática clínica. Isto corresponde a constatar que os clínicos com mais experiência profissional são os que mantêm a narrativa da agorafobia menos identificada com a depressão, sugerindo, se bem que indirectamente, uma análise mais diferenciada desta narrativa com a perturbação agorafóbica.

No que se refere à identificação da **narrativa protótipo da agorafobia com a psicopatologia do alcoolismo**, constituiu o único caso em que não foi identificada qualquer variável explicativa dos resultados.

Quando definimos como variável dependente **a identificação da narrativa da agorafobia com a perturbação da toxicodependência**, emergiu um modelo de regressão, cujos resultados constam do Quadro 139

Quadro 139

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à narrativa protótipo da agorafobia com a psicopatologia da toxicodependência, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Preditores | r^2 | Δr^2 | β | t | Modelo Final |
|-------------------------------------------------------|-------|--------------|---------|--------|----------------------|
| Orientação Teórica Dominante Comportamental-Cognitiva | .33 | - | .57 | 3.84** | F(1,30)=14.70* * |
| Relevância da Orientação Teórica Sistémica | .43 | .10 | .31 | 2.20* | F(2,29)=10.71* ** |

* p<.05; ** p<.01 ; *** p<.001

A análise do quadro mostra que existe um modelo de regressão que explica, melhor do que o acaso, a variância dos resultados, composto por duas variáveis altamente significativas e que variam na razão directa da variável dependente.

Verificamos assim, que a *orientação teórica dominante*

comportamental-cognitiva constitui uma variável significativamente preditora ($F(1,30)=14.70, p<.01$, sendo o coeficiente β de .57, com valor $t(30)=3.84, p<.01$), explicando 33% da variância dos resultados.

A variável relativa à *relevância da orientação teórica sistémica* também se apresenta como um preditor significativo ($F(2,29)=10.71, p<.001$), na medida em que o coeficiente β é de .31, com valor $t(30)=2.20, p<.05$, acrescentando 10% à variância dos resultados explicada.

A Figura 4 mostra-se ilustrativa da variância explicada neste modelo de regressão, tal como se pode observar abaixo.

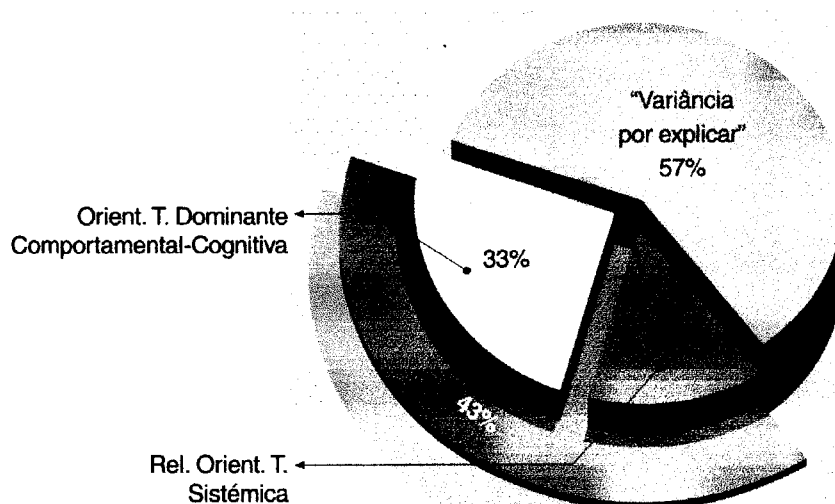


Figura 4

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a toxicodependência.

A figura elucida o modo como as duas variáveis envolvidas neste modelo de regressão se complementam na explicação de um total de 43% da variância dos resultados.

Quanto à orientação teórica dominante comportamental-cognitiva verificámos, pelo sinal do valor obtido em β e de acordo com os resultados do teste Mann-Whitney, que os clínicos com orientação comportamental-cognitiva apresentam uma ordem média de identificação da narrativa da agorafobia com a toxicodependência (26.06) significativamente mais elevada ($p<.01$), do que os sujeitos em que esta orientação teórica não

é a dominante (ordem média=17.75).

No que se refere à relevância da orientação teórica sistémica, os resultados do teste de Mann-Whitney mostram que a ordem média obtida pelos clínicos em que esta orientação é relevante (27.23) é superior à daqueles em que não tem qualquer relevo (22.00), embora a diferença entre elas não seja estatisticamente significativa ($p=.09$), mas apenas próxima da significância, retirando segurança à predição de que a relevância da orientação sistémica contribua para que os clínicos indiquem um grau de relação mais elevado entre a narrativa protótipo da agorafobia e a toxicodependência.

Para terminar, assumimos como variável dependente a **identificação da narrativa da agorafobia com a perturbação da anorexia**, tendo resultado o modelo de regressão que figura no Quadro 140.

Quadro 140

Análise de Regressão Múltipla para predição do grau de relação atribuído pelos clínicos, à narrativa protótipo da agorafobia com a psicopatologia da anorexia, envolvendo todas as variáveis independentes disponíveis.

| Preditores | r^2 | Δr^2 | β | t | Modelo Final |
|--------------------------------------------|-------|--------------|---------|--------|---------------------|
| Relevância da Orientação Teórica Biológica | .20 | - | -.44 | -2.70* | $F(1,30)=7.28^*$ |
| Relevância da Orientação Teórica Sistémica | .33 | .13 | .38 | 2.43* | $F(2,29)=7.20^{**}$ |

* $p<.05$; ** $p<.01$

De acordo com a leitura do quadro sobressai um modelo de regressão que explica, melhor do que o acaso, os resultados de identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a perturbação anoréxica.

A variável que se revela mais significativamente explicativa consiste na *relevância da orientação teórica biológica* ($F(1,30)=7.28$, $p<.05$), com o coeficiente β de $-.44$, e valor $t(30)=-2.70$, $p<.05$, o que sugere uma relação negativa com a variável dependente e explica, especificamente, 20% da variância dos resultados.



A *relevância da orientação teórica sistémica* apresenta-se ainda como um preditor significativo ($F(2,29)=7.20, p<.01$), embora neste caso através de uma relação directa com a variável dependente (coeficiente β de .38, com valor $t(30)=2.43, p<.05$) e contribuindo com 13% para a variância dos resultados explicada.

Para melhor ilustração da variância explicada que este modelo de regressão fornece, apresentamos a Figura 5 que se segue.

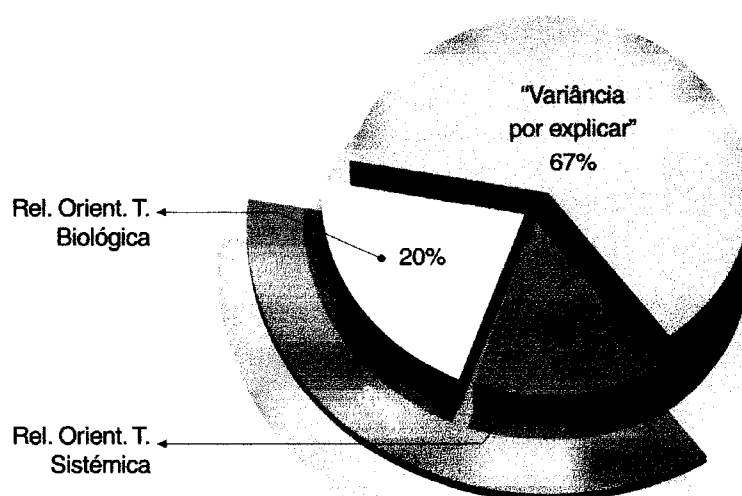


Figura 5

Variância explicada pelo modelo de regressão quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a anorexia.

Tal como a figura evidencia, as duas variáveis independentes relacionadas com a relevância da orientação teórica, *Biológica* e *Sistémica*, explicam respectiva e progressivamente 20% e 13% da variância dos resultados da variável dependente, ou seja, do grau de relação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a psicopatologia da anorexia.

Com base nestes dados, as variáveis permitem prever, num caso através de um sentido negativo e, no outro, de um sentido positivo a variável dependente, o que corresponde a dizer que a intensidade de identificação mais elevada entre a narrativa da agorafobia e a anorexia parece ter sido atribuída pelos clínicos para quem não tem relevância a orientação teórica biológica, assumindo relevo a orientação sistémica.

Quando analisadas as ordens médias dos grupos em cada uma destas orientações através do teste de Mann-Whitney, constatámos que os clínicos para quem não tem relevância a orientação teórica biológica são os que apresentam uma ordem média de identificação da narrativa da agorafobia com a anorexia mais elevada (29.83), apesar da diferença em relação à ordem média dos restantes sujeitos (23.91) não ser estatisticamente significativa ($p=.049$), situando-se apenas muito próximo da significância. Também em relação à orientação sistémica, os resultados da análise Mann-Whitney, revelaram que a ordem média de identificação, nos clínicos para quem a orientação sistémica tem relevância (27.23) é superior à apresentada pelos sujeitos para quem esta orientação não tem pertinência (22.00), embora a diferença entre elas não seja estatisticamente significativa ($p=.09$).

Com base no modelo de regressão, a predição por parte destas variáveis aponta em sentidos opostos, sinalizando uma tendência para a intensidade de identificação mais elevada entre a narrativa da agorafobia e a anorexia ter sido atribuída, essencialmente, por clínicos para quem não tem relevância a orientação teórica biológica e, eventualmente, por aqueles para quem assume relevo a orientação sistémica.

Em síntese, gostaríamos de salientar o facto dos modelos de regressão que se manifestaram significativos nestes dois últimos grupos de análises – relação da psicopatologia da agorafobia com as restantes narrativas e da narrativa protótipo da agorafobia com as restantes perturbações – envolverem quase exclusivamente variáveis associadas à orientação teórica dos clínicos (com excepção num caso para a variável relativa ao número de anos de prática clínica). Por outras palavras, nenhuma das variáveis demográficas da amostra se mostrou preditora de qualquer dos resultados, mesmo nas análises de regressão múltipla em que seleccionámos apenas esse grupo de variáveis (as quais não foram anteriormente apresentadas, de modo a evitar a redundância dos resultados, bem como a sublinhar a modalidade que colhe mais sentido numa análise de regressão múltipla e que consiste em envolver simultaneamente todas as variáveis independentes).

Neste sentido, parece podermos concluir que a orientação teórica dos sujeitos constitui, em alguns casos, um factor explicativo das associações que os clínicos estabelecerem em torno da agorafobia. Em determinadas situações, poderá contribuir para uma maior ou menor diferenciação da narrativa por nós construída como protótipo de sujeitos com agorafobia, em relação às narrativas associadas às outras perturbações. Parece também interferir numa maior ou menor discriminação da agorafobia na narrativa que construímos, relativamente às restantes psicopatologias, resultados que discutiremos com mais detalhe, de seguida.

5.4 Discussão

As validações divergentes proporcionadas pelos clínicos são aquelas que, até agora, vão mais claramente de encontro à hipótese inicialmente colocada de a narrativa que construímos constituir um protótipo dos sujeitos com agorafobia.

Comecemos, no entanto, por enquadrar estes resultados com uma síntese das características da amostra junto da qual os obtivemos.

Dos 57 clínicos que colaboraram neste estudo, a grande maioria apresenta formação em psiquiatria ($n=42$ – 73.7%) e cerca de um quarto em psicologia ($n=15$ – 26.3%). A amostra mostra-se bastante homogénea a nível do sexo - 31 (54.4%) mulheres e 26 (45.6%) homens - e muito abrangente em termos etários, variando entre os 24 e os 66 anos, com uma média de 42 anos. Do mesmo modo, quanto ao número de anos de prática clínica, o leque de situações é diversificado, oscilando entre 1 e 35 anos, com uma média de 15.11, a qual nos parece apontar para um grupo de profissionais experientes.

De acordo com as relações analisadas entre estas variáveis, verificámos que o número de anos de prática apresenta, naturalmente, uma correlação positiva com a idade e uma associação significativa com

a formação, correspondendo o maior número de anos aos psiquiatras e o menor tempo de experiência aos psicólogos, o que seria de esperar, tendo em conta a história de evolução das duas profissões em Portugal. Por sua vez, cada uma das variáveis referidas está significativamente associada com o sexo, sugerindo uma tendência para os sujeitos do sexo masculino terem mais idade, mais anos de prática e formação em psiquiatria, enquanto que os sujeitos do sexo feminino são, com mais frequência, psicólogos, mais novas e com menos anos de experiência clínica.

Quanto à relevância das diversas orientação teóricas apresentadas, fomos surpreendidos pela predominância de situações em que os clínicos assinalaram mais do que uma das orientações, como relevante para a sua prática profissional, atribuindo-lhes cotações idênticas ou com pequenas oscilações entre elas. A escolha de um só referencial teórico também ocorreu, mas correspondeu à opção mais rara, tornando-se difícil estabelecer uma associação directa entre cada clínico e o seu enquadramento teórico.

Isto levou-nos a destringir uma leitura dos dados focalizada nas orientações teóricas, seguida da exploração de diversas classificações dos sujeitos em função das suas opções quanto às referidas orientações.

Relativamente às orientações teóricas humanista, psicanalítica, cognitiva, comportamental, sistémica e biológica, verificámos que as orientações mais frequentemente relevantes na amostra global são a biológica e a humanista e a menos relevante para a maioria dos clínicos a psicanalítica. Entretanto quando recodificámos a escala de relevância em apenas três grupos, constatámos que a orientação psicanalítica mantém-se como não tendo relevo para a maioria dos clínicos, a humanista com valores intermédios, situando-se a maioria dos sujeitos no grupo da "pouca relevância", a par da sistémica e, de algum modo, da comportamental, cuja grande parte da amostra se distribui entre nenhuma ou pouca relevância e a biológica fica essencialmente distribuída entre os extremos de "nada" ou "muito" relevante, o que parece obvio tendo em conta a sua estreita relação com a formação em psiquiatria (variável com que mostra uma associação estatisticamente significativa). A

orientação cognitiva é a única em que a maioria dos sujeitos se concentra na “muita relevância”.

Ficámos assim, com a imagem de que as diversas orientações teóricas então representadas na nossa amostra, talvez com maior incidência das orientações biológica e humanista, em menor percentagem mas com maior ênfase a orientação cognitiva e em níveis moderados a orientação sistémica. Quer isto dizer que a diversidade está bem representada, não se correndo o risco de a considerar centralizada numa ou duas orientações teóricas específicas.

Se tivermos em conta o conjunto das orientações, gostaríamos de destacar a tendência para a sistémica e a humanista se fazerem acompanhar sempre de mais alguma orientação igualmente importante, assim como da orientação comportamental surgir com a mesma pontuação do que a biológica e a cognitiva do que a sistémica ou qualquer outra, excepto da psicanalítica. Algumas destas tendências observadas ao longo do processo de exploração dos dados, foram estatisticamente sublinhadas, através da emergência de correlações positivas significativas entre a orientação comportamental e a biológica e a cognitiva, positiva próxima da significância entre a cognitiva e a sistémica e correlações negativas significativas entre a orientação psicanalítica e as orientações comportamental e a cognitiva.

Numa segunda fase, procurámos definir classificações com o objectivo de associar cada clínico a uma orientação principal ou dominante, sobressaindo o facto de nenhuma delas conseguir abranger todos os sujeitos da amostra (em virtude dos casos em que era atribuído o mesmo valor de relevância a todas as orientações, ou a orientações que categorizámos em grupos distintos).

Na classificação da *orientação teórica principal* contrastamos apenas dois grupos, designadamente o dos clínicos com orientação principal “biológica e/ou comportamental” e o dos clínicos em que a ou as orientações com valor de relevância mais elevada, era qualquer uma das “outras”. Nesta classificação, que ainda assim foi a mais abrangente, excluímos 11 sujeitos da amostra, situando-se 17 no grupo “biológico e/

ou comportamental" e a maioria (29) no grupo das "outras orientações". Entre o grupo de 21 clínicos em que se destacava a relevância da orientação biológica, verificámos que em cerca de metade se tratavam de situações em que essa orientação constituía realmente a principal, mas que, na maioria dos casos, os sujeitos elegiam com igual pontuação uma outra orientação, constituindo o grupo que designámos de "biológico híbrido". Para a classificação de uma *orientação teórica dominante*, criamos quatro categorias, duas delas juntando mais do que uma orientação, devido à elevada frequência com que apresentavam um grau de relevância equivalente. Também só conseguimos abranger 41 dos 57 sujeitos da amostra, distribuindo-se 13 pela orientação "humanista-sistémica", 10 pela biológica e pela psicanalítica e 8 pela "comportamental-cognitiva", escapando todos os restantes à hipótese de classificação que elaborámos.

Assim, verificámos que não era fácil a partir da teia de associações quanto à relevância das várias orientações, definir perfis de orientação teórica, claramente diferenciadores dos diversos sujeitos. Diríamos, globalmente, que nos deparámos com um grupo de clínicos mais pautado pela multidiversidade teórica do que pela "monofiliação" a uma única orientação teórica de referência. De qualquer modo, as categorizações propostas tiveram como principal objectivo contribuir para a exploração dos dados da validação, tendo em consideração a orientação teórica dos clínicos, aspecto que abordaremos posteriormente.

Quanto à relação entre a orientação teórica e as variáveis demográficas, salientámos as correlações estatisticamente significativas com a idade dos clínicos, sendo positivas no caso das orientações biológica e psicanalítica e negativas com as orientações comportamental e a cognitiva. Em relação ao número de anos de prática, encontramos a tendência para um padrão de resultados paralelo a este, embora o valor da significância não seja sempre tão conclusivo. A nível da formação surgiu uma associação próxima da significância entre a relevância da orientação humanista e os clínicos do sexo masculino. Finalmente, destacamos a associação, também próxima da significância, entre a orientação dominante comportamental-cognitiva com os psicólogos e das

três restantes com os psiquiatras.

5.4.1. Síntese e discussão dos resultados da validação divergente por psicopatologia

Passemos agora, aos resultados obtidos ao nível da validação divergente por psicopatologia, os quais revelam, de acordo com a amostra global, a existência de uma identificação entre sujeitos com perturbação agorafóbica e a narrativa da agorafobia significativamente superior à sua relação com qualquer das quatro restantes narrativas. Concretamente, na sucessão de ordens médias resultante, observámos que, a seguir à narrativa da agorafobia, temos a do alcoolismo, a seguir a da depressão, depois a da anorexia e, finalmente, a da toxicodependência. Salientemos, ainda, que as medidas descritivas em relação à distribuição da identificação da agorafobia com a respectiva narrativa apresentam valores superiores aos obtidos na associação com as outras narrativas protótipo. Estes resultados vêm confirmar a hipótese inicialmente colocada de que os clínicos iriam atribuir à agorafobia um grau de relação com narrativa respectiva, significativamente mais elevado do que com qualquer das outras narrativas. Quer isto dizer que existe uma discriminação positiva da narrativa da agorafobia como protótipo de sujeitos com a respectiva perturbação, em relação a qualquer das restantes narrativas. Os clínicos manifestam assim, uma diferenciação da identificação com a narrativa protótipo da agorafobia que construímos mais determinada, no sentido de se distanciar significativamente da relação com todas as restantes narrativas, do que tinha sucedido nas amostras anteriores de sujeitos com agorafobia e dos seus significativos (comparações que aprofundaremos no capítulo seguinte, dedicado à discussão geral dos resultados obtidos ao longo dos cinco estudos realizados).

No que diz respeito às restantes psicopatologias observámos, de um modo geral (com excepção essencialmente do alcoolismo), a mesma tendência, para cada uma ser associada, preferencial e mais significativamente, à narrativa protótipo que lhe diz respeito, do que às

restantes. Isto sugere a especificidade de cada uma das narrativas protótipo, na associação com a psicopatologia a que se referem, abonando em favor da pertinência das comparações, inerentes a todo o processo de validação divergente que seguimos.

Colocando de novo o enfoque na validação da psicopatologia agorafóbica, através do estudo mais analítico das avaliações propostas por 33 subamostras distintas, gostaríamos de salientar que o lugar de primazia da narrativa protótipo da agorafobia na identificação com a respectiva perturbação é uma constante em todas as distribuições, assim como, a de uma associação em último lugar com a narrativa da toxicodependência.

Já, em termos da sucessão de ordens médias entre a identificação da agorafobia com as três restantes narrativas – do alcoolismo, da depressão e da anorexia – e daquelas em relação às quais as diferenças se mostram estatisticamente significativas, encontramos bastantes oscilações nas diversas subamostras (muito mais do que por exemplo ocorre em relação à validação por narrativa protótipo que, a seguir, comentaremos).

Assim, quando a ordem média de identificação da agorafobia com a narrativa do alcoolismo não é a segunda mais elevada (o que sucede em 22 das 33 subamostras), tal passa a acontecer com a narrativa da depressão (em 10 distribuições) e num único caso com a narrativa da anorexia. Esta última situação ocorre no grupo de clínicos em que não tem qualquer relevância a orientação teórica cognitiva. A eleição da narrativa da depressão como mais associada à agorafobia do que a do alcoolismo, acontece nas seguintes subamostras: dos psicólogos, dos clínicos com menos de 10 anos de experiência, dos grupos com nenhuma relevância teórica das orientações humanista, sistémica, comportamental e biológica, do subgrupo para quem tem muito relevo a orientação psicanalítica, dos clínicos cuja orientação principal não é a biológica-comportamental, mas qualquer das quatro restantes e os grupos com orientação dominante “humanista-sistémica” e psicanalítica. A nível das orientações teóricas, a opinião da narrativa protótipo ser a mais associada

agorafobia, em segundo lugar, aparece claramente defendida pelos clínicos com formação psicanalítica e, de forma contraditória, quanto às orientações humanista e sistêmica.

Tendo em consideração a distribuição da amostra global, naturalmente, que a narrativa relacionada com a agorafobia em penúltimo lugar é, na maioria das vezes, a da anorexia (em 20 casos), acontecendo em nove das restantes subamostras que este lugar passa a ser ocupado pela narrativa da depressão que habitualmente a precedia, mas também em quatro situações, surpreendentemente, pela narrativa do alcoolismo, a qual era frequente, ser das mais associadas. A identificação da agorafobia com a narrativa da anorexia aparece assim, promovida para um terceiro lugar de identificação em diversas subamostras, designadamente: sujeitos do sexo masculino, psiquiatras, clínicos com vinte ou mais anos de experiência clínica, clínicos em cuja orientação teórica tem muita relevância a vertente humanista, a cognitiva, a biológica (pouca e muita), com pouca relevância da psicanalítica, com nenhuma relevância da comportamental, com orientação "biológica híbrida", com orientação dominante psicanalítica, e com orientação principal "outras", que não biológica ou comportamental. As subamostras associadas às orientações teóricas de acordo com as diversas classificações apresentam resultados que parecem mais contraditórios do que clarificadores, não emergindo, do nosso ponto de vista nada de conclusivo a este nível.

Focalizando agora a análise no perfil de diferenças significativas entre a identificação da agorafobia com a respectiva narrativa protótipo ou com qualquer das outras narrativas, observámos entre as várias situações, uma oscilação entre nenhuma a quatro narrativas significativamente discriminadas. Nomeadamente, verificámos que apenas em seis das 33 subamostras reencontramos a situação da amostra global, no sentido de apresentar diferenças significativas com todas as restantes. Os casos em que tal acontece inclui os clínicos do sexo feminino, os sujeitos com menos de 10 anos de experiência, com muita relevância da orientação comportamental e da sistêmica, pouca da humanista e nenhuma da psicanalítica.

Em contraste, destacam-se duas subamostras em que não existem diferenças significativas e que correspondem, exactamente, aquelas em que tem muita relevância da orientação teórica psicanalítica e em que é esta a orientação dominante, o que se coaduna com a análise anterior, relativamente àquelas em que mais discriminam. Quer isto dizer, que na amostra deste estudo os sujeitos com uma orientação psicanalítica marcada parece não diferenciarem a identificação da agorafobia com a narrativa respectiva em relação às restantes, mostrando uma possível identificação com qualquer das cinco narrativas apresentadas.

Na maioria das situações são discriminadas três narrativas – geralmente toxicodependência, anorexia e depressão, existindo apenas duas distribuições em que, em vez desta última, é a do alcoolismo –, correspondendo aos seguintes grupos: psiquiatras, muita relevância da orientação humanista, pouca ou muita cognitiva, pouca comportamental, qualquer dos níveis de relevo da biológica, em qualquer das orientações principais e na orientação teórica dominante comportamental-cognitiva.

Em sete das 33 distribuições os sujeitos apenas discriminam significativamente uma narrativa e que corresponde, invariavelmente, à da toxicodependência; noutras sete situações, a diferenciação existe em relação a duas narrativas, para além da toxicodependência, em geral, a da anorexia e só num caso a da depressão.

Sintetizando estes dados, sob o ângulo de análise das variáveis descritivas da amostra, destacaremos aquelas cujos subgrupos apresentam resultados muito díspares ou muito homogéneos, quanto à intensidade da discriminação positiva, na identificação da agorafobia com a respectiva narrativa em relação às restantes. Sublevamos no grupo variáveis em que os resultados se evidenciam pela disparidade inter-subamostras, o caso do sexo, em que as mulheres diferenciam de todas as restantes e os homens apenas de duas; outro caso é o da formação, em que os psiquiatras discriminam mais (três diferenças significativas), do que os psicólogos (duas diferenças) e o do número de anos de prática, em que varia de uma discriminação de quatro narrativas no grupo com menor número de anos, à discriminação de apenas uma narrativa no

grupo mais experiente. Especificamente quanto à orientação teórica dos clínicos, verificámos que os padrões de diferenças discriminativas vão variando nas diversas subamostras definidas de acordo com a relevância de qualquer das orientações (com excepção da biológica), bem como da classificação em orientação dominante, na qual oscila entre nenhuma na psicanalítica e atinge um máximo de três na comportamental-cognitiva. Em contraste, o perfil de diferenças discriminativas não se altera nas diversas subamostras associadas às variáveis da orientação principal, a relevância da orientação biológica e as orientações biológicas ("pura" ou "híbrida"), sugerindo que é indiferente a sua variação para a avaliação da validade da narrativa da agorafobia.

5.4.2. Síntese e discussão dos resultados da validação divergente por narrativa protótipo

Passemos agora a uma síntese e discussão comparativa com os resultados obtidos através da validação por narrativa protótipo. Analisando o grau de relação que a narrativa protótipo da agorafobia elicitava com cada uma das cinco psicopatologias apresentadas, a amostra global de sujeitos considera que a perturbação agorafóbica é a que mais se associa a esta narrativa, seguida da depressão, do alcoolismo, da anorexia e, finalmente, da toxicodependência. No entanto, são significativas as diferenças de identificação com a agorafobia, em relação às perturbações do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência, constituindo excepção a psicopatologia da depressão. Com efeito, através desta forma de validação, a hipótese inicial é parcialmente confirmada, não se verificando a supremacia significativa da identificação com a agorafobia em relação à perturbação depressiva.

Na análise do comportamento das identificações quanto às outras narrativas protótipo, destaca-se um fenómeno que parece enquadrar a situação da indiferenciação em relação à depressão. Concluimos que existe uma tendência para qualquer das narrativas ser muito relacionada com a

depressão. Especificamente, nas narrativas da depressão, do alcoolismo e da anorexia, a psicopatologia depressiva é a mais associada, e com diferenças significativas em relação às outras perturbações (mesmo nas narrativas do alcoolismo e da anorexia exibe uma identificação significativamente superior à da respectiva perturbação). No caso da narrativa da toxicodependência, o padrão de resultados é semelhante ao da narrativa da agorafobia, pois cede a primazia à perturbação correspondente à da narrativa, mas a ordem média de relação com a depressão surge imediatamente em segundo lugar e sem que a diferença seja estatisticamente significativa em relação à da toxicodependência.

Fica assim patente que os clínicos, após a leitura de cada uma das narrativas, tendiam a associá-la invariavelmente, com a perturbação da depressão. Sendo assim, os resultados obtidos em relação à narrativa protótipo da agorafobia, sugerem que esta terá sido um pouco mais “resistente” à associação com a depressão (a par unicamente da narrativa toxicodependente), revelando uma supremacia da relação com a própria agorafobia. Note-se que neste tipo de validação por narrativa, os sujeitos confrontavam-se directamente com os valores de identificação que atribuíam a cada uma das psicopatologias, dada a composição dos questionários. Isto parece reafirmar que de acordo com as suas opiniões as narrativas são todas basicamente associáveis à depressão, fenómeno que se poderá prender com o facto de partilharem um carácter mórbido inerente ao discurso psicopatológico, entre outras hipóteses de interpretação que seria necessário investigar.

Verificámos, entretanto que o valor com que essa associação é assinalada não é igual para todas as narrativas, o que se torna bem explícito na validação por psicopatologia (a qual surtiu de uma análise de dados à posterior, não sendo tão evidente o facto de o clínico os comparar entre si), em que a hierarquia de identificações da depressão com as diversas narrativas já surge claramente escalonada. Especificamente, constatámos que a narrativa com se associava significativamente menos era, exactamente, com a da agorafobia, pelo que, chega a parecer estranho que a leitura desta narrativa seja indiferenciadamente sugestiva

da agorafobia e da depressão.

Com o decorrer destas reflexões somos tentados a colocar, de algum modo, entre parêntesis a pertinência deste resultado de indiferenciação estatística entre as associações da narrativa da agorafobia com a própria perturbação e com a depressão, em virtude do seu significado não nos parecer específico desta narrativa, mas alusivo a um fenómeno alargado ao nível das diversas narrativas protótipo, cuja compreensão ultrapassa os limites desta investigação.

Passando agora à síntese da validação da narrativa da agorafobia analisada em subamostras, destacamos que, de modo bem diferente do que tinha sucedido com a validade por psicopatologia, os resultados são muito homogêneos, particularmente quanto à intensidade da discriminação significativa da identificação da narrativa da agorafobia com a respectiva perturbação, em relação às restantes. Assim, do total de 33 subamostras, em 27 mantém-se o perfil de discriminação obtido para a amostra global que corresponde a diferenciar três das psicopatologias, sendo sempre excepção a da depressão. Dos restantes, em três dos casos, os clínicos diferenciam apenas em relação a duas, incluindo em todos eles a da anorexia e variando entre a toxicodependência e o alcoolismo. Uma única subamostra não diferencia em relação a nenhuma das outras perturbações e é constituída pelos clínicos para quem não tem relevância a orientação humanista.

No pólo oposto, surgem dois grupos de sujeitos que discriminam positiva e significativamente a identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação de todas as restantes psicopatologias, incluindo a da depressão, e que corresponde aos clínicos para quem tem muita relevância as orientações comportamental e cognitiva. Assim, a presença destas orientações teóricas sugere um especial compromisso com a clara diferenciação entre a associação da narrativa que construímos como protótipo para a agorafobia e o discurso de sujeitos com a respectiva perturbação.

No que diz respeito à sucessão das ordens médias, na hierarquia de relação das cinco psicopatologias com a narrativa da agorafobia,

■

constatámos que os dois primeiros lugares são praticamente invariáveis em relação ao padrão da amostra global, tendo a primazia a perturbação agorafóbica, seguida da depressiva, ordem que apenas se inverte em quatro casos e em que se dilui a diferença na subamostra de clínicos para quem tem pouca relevância a orientação psicanalítica. Os casos em que os sujeitos atribuem à narrativa protótipo da agorafobia uma relação mais elevada com a depressão do que com a própria agorafobia, através de uma diferença de valores que nunca chega a ser estatisticamente significativa, corresponde à subamostra de clínicos com orientação teórica dominante "humanista-sistémica" e às três subamostras em que não tem qualquer relevância a orientação humanista, a cognitiva e a comportamental. Estes resultados, no que concerne às orientações teóricas cognitiva e comportamental, parecem reforçar os anteriormente referidos em que nos grupos com máxima relevância a sucessão das narrativas é oposta e diferencia-se significativamente de todas as restantes perturbações, vindo ao encontro da ideia de que a presença ou não destas orientações exercerá alguma influência no processo de validação da narrativa protótipo da agorafobia.

Os resultados que se mostram mais variáveis nas diversas subamostras, dizem respeito às perturbações do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência, cujas ordens médias são susceptíveis de se encontrar em qualquer uma das três últimas posições, na hierarquia de identificação com a narrativa da agorafobia. Assim, nesta validação não fica tão claro como na anterior, por psicopatologia, qual é a perturbação emocional que se encontra persistentemente menos associada à narrativa da agorafobia, embora se note uma tendência para estar, de novo, associada à toxicodependência.

5.4.3. Síntese e discussão dos resultados das análises de regressão

As análise de regressão desenvolvidas vêm fornecer dados concretos para a discussão da possível interferência de algumas das

variáveis descritivas da amostra nos resultados da validação.

Para a associação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a respectiva psicopatologia emergem, ao longo das diversas variantes em que aplicámos a análise de regressão múltipla, como variáveis significativamente preditoras, o número de anos de prática através de uma relação negativa, bem como a relevância da orientação cognitiva e a orientação dominante comportamental-cognitiva, ambas estabelecendo uma relação positiva com a variável dependente.

Na análise de regressão em que juntámos todas as variáveis independentes relativas aos aspectos descritivos da amostra disponíveis, surge como modelo de regressão mais económico, apenas uma destas variáveis e que consiste no número de anos de experiência clínica, explicando através de uma relação negativa com a variável dependente, 16% da variância dos seus resultados. Retemos assim, que o número de anos de experiência profissional explica, em parte, melhor do que o acaso, a identificação da agorafobia à narrativa protótipo respectiva, sendo que quanto maior a experiência menor é a identificação e quanto menor o número de anos de prática, maior é a relação entre elas. O facto desta variável independente absorver a explicância proporcionada pelas variáveis associadas à orientação antes destacadas, não parece ofuscar a sua importância na predição destes resultados, se tivermos em consideração o número de anos de prática revela tendência para uma associação negativa com a relevância da orientação comportamental cognitiva, bem como uma associação significativa com a orientação dominante, sugerindo que a orientação comportamental-cognitiva é mais frequente nos clínicos com menos anos de exercício profissional. Com efeito, ao ser seleccionada como variável preditora o número de anos de prática, parece podermos considerar que as outras duas lhe estão inerentes, ou seja, que estarão também associadas à explicação dos resultados. Por outras palavras, dizer que há uma tendência para os clínicos com menos anos de experiência serem os que mais associam a narrativa protótipo da agorafobia à respectiva perturbação, corresponderá também a admitir que tal sucede com os clínicos que têm como orientação teórica dominante

a comportamental-cognitiva. Focalizando no aspecto da orientação teórica, diríamos assim, que parece existir uma tendência para, os clínicos que valorizam na sua prática a orientação comportamental-cognitiva, identificarem mais a narrativa protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação.

Usufruindo da condição de especialistas dos sujeitos desta amostra, parece-nos particularmente pertinente, abordar também ao nível da preditibilidade à associação da agorafobia com as restantes narrativas protótipo apresentadas. De forma sumária, para a identificação da agorafobia com as narrativas do alcoolismo e da toxicodependência, não emergiram quaisquer variáveis como preditores. Quanto à relação com as narrativas da anorexia e da depressão, surgiram através de relações negativas, respectivamente, a relevância da orientação teórica comportamental (explicando 23% da variância) e da orientação biológica (sendo 22% a variância explicada). Isto significa que nenhuma dos aspectos descritivos da amostra está inerente às associações propostas entre a perturbação agorafóbica e as restantes narrativas, existindo mesmo factores, como a relevância da orientação comportamental e da biológica que afastam a possibilidade desta psicopatologia ser associada à narrativa da anorexia e da depressão. Neste sentido, os índices de associação propostos entre a agorafobia e as outras narrativas parecem não corresponder a uma opção resultante de um perfil específico de clínicos, pelo menos, susceptível de definir com base nas variáveis demográficas e de orientação teórica que temos disponíveis. Especificamente, nenhuma das abordagens teóricas referidas, parece advogar que as narrativas protótipo associadas à depressão, ao alcoolismo, à anorexia e à toxicodependência possam constituir um protótipo para a perturbação da agorafobia. Em síntese, nenhuma das narrativas protótipo disponíveis parece condensar melhor a prototipia de sujeitos com uma perturbação agorafóbica, do que a própria narrativa da agorafobia.

Já quanto à identificação da narrativa protótipo da agorafobia com outras psicopatologias, encontrámos algumas variáveis que parecem justificar essas relações, com única excepção para a estabelecida com a

perturbação alcoólica. Uma súmula dos resultados das análises de regressão realizadas, mostra que a identificação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão é predizível pelo número de anos de prática, através de uma relação negativa e tenderá também a ser pela relevância da orientação teórica psicanalítica e da comportamental, sendo a relação positiva e negativa, respectivamente. A relação com a psicopatologia da toxicodependência é particularmente acentuada por parte dos clínicos com orientação dominante comportamental-cognitiva e tende também a ser por aqueles que atribuem relevância à orientação sistémica, apresentando estas duas variáveis preditoras uma relação positiva com a variável dependente. Finalmente, na identificação com a perturbação da anorexia surgem duas variáveis como possíveis preditoras, sendo a relevância das orientações biológica e da sistémica, respectivamente, através de uma relação negativa e de uma relação positiva. Assim, os clínicos para quem a orientação biológica não tem relevância e aqueles para quem a orientação sistémica é relevante tendem a estabelecer uma identificação mais elevada entre a narrativa da agorafobia e a anorexia. Em suma, podemos dizer que a relevância das orientações psicanalítica e sistémica e a orientação dominante comportamental-cognitiva contribuem para a identificação da narrativa protótipo da agorafobia com algumas das outras psicopatologias. Em contrapartida, a relevância das orientações comportamental e biológica, bem como o a experiência clínica opõem-se a essas associações, sugerindo uma maior especificidade da relação entre a narrativa da agorafobia e a respectiva perturbação.

5.4.3. Síntese final

Para terminar, propomo-nos cruzar os resultados da dupla validação a que sujeitámos os dados fornecidos pelos clínicos e explicitar os aspectos que nos parecem particularmente pertinentes neste estudo.

Consideramos que, globalmente, os resultados da validação por psicopatologia e por narrativa protótipo em relação à agorafobia são

convergentes e vão de encontro à ideia inicial de que existiria uma associação preferencial entre a narrativa da agorafobia e os sujeitos que apresentam semelhante perturbação.

Não obstante, a avaliação da amostra global confronta-nos com algumas variações quanto à validade obtida. Concretamente, os resultados permitem afirmar que a psicopatologia da agorafobia se identifica significativamente mais com a narrativa protótipo respectiva, do que com qualquer das outras quatro narrativas disponíveis; e que a narrativa protótipo da agorafobia apresenta uma relação significativamente mais elevada com a perturbação agorafóbica do que com as psicopatologias do alcoolismo, da anorexia e da toxicodependência, apenas não sendo significativa a diferença em relação à depressão. Isto significa, sumariamente, que das cinco narrativas protótipo a da agorafobia é a que melhor traduz o discurso dos sujeitos com a referida perturbação, mas que a narrativa protótipo da agorafobia há não se associa específica e exclusivamente ao discurso de tais sujeitos, podendo ser igualmente sugestiva de sujeitos com depressão. Também em relação à sucessão das ordens médias, constatámos que, se para a psicopatologia da agorafobia é eleita como segunda narrativa mais associada a do alcoolismo e só depois a da depressão, para a narrativa protótipo da agorafobia é estabelecida uma maior relação em segundo lugar com a depressão e só a seguir com o alcoolismo. Verificámos assim, que a reciprocidade das leituras não é total, incidindo os diferendos em torno da agorafobia, depressão e alcoolismo, embora os resultados se revelem, no geral, muito próximos.

Esta diferença de resultados, através de uma formulação e da outra, poderá ser resultante de diferenças nos processos de validação ou corresponder, efectivamente a significados distintos. Passemos a explicitar cada uma destas vertentes. No primeiro caso, trata-se de considerar que na validação por psicopatologia o clínico classificava a psicopatologia em cada narrativa, sem ser impelido à comparação das avaliações efectuadas (embora, obviamente fosse livre de o fazer), pois não lhe era directamente questionado, qual o grau de identificação da agorafobia com as diversas

narrativas protótipo; entretanto, na validação por narrativa, o clínico era confrontado com o pedido de estabelecer o grau de relação da narrativa com cada uma das cinco psicopatologias aí listadas, o que poderia desencadear mais facilmente, um processo comparativo de avaliação. Temos assim dados que correspondem a níveis diferentes de resposta, num caso em que a comparação entre as diversas avaliações é mais inferida e, no outro, mais directa, o que necessariamente introduzirá diferenças na produção dos dados, embora não as possamos identificar, nem de determinar a sua interferência nos resultados finais. Teríamos tendência para considerar que a validação por psicopatologia, ao não ser directamente comparativa, talvez se torne um processo mais espontâneo de avaliação da associação de cada uma com as diversas narrativas; entretanto, na validação por narrativa será difícil escapar a um juízo sempre comparativo na avaliação das diversas perturbações, o qual não constituía o cerne da questão (para isso teríamos, com mais sucesso, recorrido à avaliação por ordenação hierárquica de identificação). Contudo, não pretendemos aqui valorizar um processo em detrimento do outro, mas apenas não ignorar que estes cambiantes metodológicos constituem uma possível fonte de interferência nos resultados.

Uma outra vertente consiste na hipótese de aceitar os resultados como indicativos de significados específicos. Neste caso, podemos dizer que a perturbação agorafóbica não tem qualquer relação significativa com as restantes narrativas protótipo, sendo a narrativa da agorafobia a que constitui o seu protótipo. Entretanto a narrativa protótipo da agorafobia de "per se" mostra-se capaz de, eventualmente, elicitar também associações com outras psicopatologias, especificamente com a da depressão. Neste sentido a reciprocidade no carácter específico da identificação entre a agorafobia e a narrativa protótipo da agorafobia não será total, embora não esteja muito longe disso. Aliás, na análise mais fina através das subamostras, verificámos que a diferença crucial da discriminação não significativa em relação à narrativa da depressão se dilui nos clínicos que atribuem muita relevância às orientações comportamental e cognitiva, segundo os quais a identificação da narrativa

protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação é significativamente mais elevada do que em relação a qualquer das outras psicopatologias. Constatámos ainda, através da análise de regressão, que a associação da narrativa protótipo da agorafobia com a depressão é parcial, mas especificamente explicada pelas menor número de anos de experiência, pela ausência da orientação comportamental e pela relevância da orientação psicanalítica. Colocámos assim, algumas hipóteses de compreensão deste resultado que se prendem com a influência de determinados aspectos que compõem esta amostra. Uma opção de algum modo mais vinculada a clínicos com orientação psicanalítica (os quais em diversos resultados têm manifestado uma preponderância da identificação com a depressão e pouca diferenciação das identificações com a agorafobia), bem como aqueles que tem como orientação teórica dominante humanista-sistémica, pois nomeadamente apresentam maior identificação da narrativa da agorafobia com a depressão do que a perturbação agorafóbica. Outras das variáveis consiste no tempo de experiência, salientando-se a possibilidade do facto de tal opção estar mais associada aos clínicos com menos anos de prática clínica poder estar relacionado com a tendência, que atrás comentámos, de associar qualquer das narrativas protótipo à perturbação depressiva, mostrando-se particularmente sensíveis ao carácter globalmente mórbido que todas transmitem, enquanto discursos encerrados na rigidez da psicopatologia, passíveis de sugerir sintomatologia depressiva de qualquer sujeito ao dirigir-se ao clínico.

No que se refere às análises por subamostras, relativas à validação por psicopatologia da agorafobia, deparámo-nos com o facto do contraste de resultados ser mais evidente entre a existência ou não de relevância das orientações teóricas, do que em função dos tipos de orientação. A tendência geral dos resultados, afirmava-se no sentido de quanto maior a relevância, maior a discriminação significativa da identificação com a narrativa da agorafobia. Entretanto nas distribuições da validação por narrativa protótipo da agorafobia, observava-se também um movimento entre a existência ou não de relevância, neste caso focalizado na ordem

média de identificação entre a depressão e a agorafobia, começando por ser superior a da depressão e nas subamostras em que as orientações eram relevantes, passava a ocupar o primeiro lugar a perturbação agorafóbica.

Gostaríamos também de destacar que, de um modo global, os resultados das validações são bastante homogéneos, independentemente da diversidade dos sujeitos da amostra, quer quanto a aspectos demográficos, quer teóricos. Designadamente, o sexo, a idade e mesmo a formação não se revelaram nunca preditores dos resultados, sugerindo que as diferenças a esse nível, não interferem com a validação resultante. Entretanto factores associados à longevidade da experiência profissional e à orientação teórica dos clínicos, manifestaram ter algum peso nos resultados.

O número de anos de prática clínica apresentou-se sempre inversamente relacionado com uma maior diferenciação das identificações entre narrativas e psicopatologias. Tendemos a associar a esta variável a da orientação teórica, suportados pela história da sua evolução ao longo dos tempo, embora de modo algum consideremos esgotadas as hipóteses a levantar acerca da predição assegurada por este factor. Nomeadamente, fica em aberto a possibilidade de vários aspectos relacionados com a mudança de comportamento de um clínico perante o diagnóstico ao longo da sua experiência. Sabe-se por exemplo, que existe uma tendência para com o aumento da experiência o clínico definir o diagnóstico cada vez mais em menos tempo de entrevista, o que poderá por exemplo diminuir a sua disponibilidade para a especificidade do discurso; pode também ir definindo redutos psicopatológicos, que ultrapassam a classificação com base na sintomatologia mais imediata. Outros factores associados à prática empírica da clínica e à complexidade da sua evolução ao longo da experiência, poderão contribuir para a compreensão deste resultado, o qual necessita de ser investigado, ficando aqui apenas uma pista a explorar futuramente.

Quanto às orientações teóricas, considerámos que as classificações que ensaiamos relativamente à orientação teórica principal e à

discriminação entre dois grupos de orientação biológica não contribuíram em nada para a diferenciação das validações. Permitiram-nos excluir em absoluto a suposição de as orientações biológicas e a comportamental a par da biológica, contrastassem com as restantes, no sentido de uma menor discriminação narrativa. Os resultados apontaram para validações não diferenciadas entre as várias subamostras e os clínicos com orientações biológica e comportamental em nada menos discriminativos do que os restantes, o que vem refutar a ideia de existir uma clivagem entre descrições mais sintomatológicas e narrativas.

A recodificação da relevância e a classificação em termos de orientação teórica dominante parecem ter sido mais profícuas, sugerindo mais diversidade de respostas entre as subamostras correspondentes e emergindo, em alguns casos, como variáveis preditoras. Arriscando uma visão sumária dos resultados, diríamos que os clínicos de orientação mais psicanalítica serão os que menos identificam a narrativa da agorafobia com a respectiva perturbação, mantendo-se mais indiferenciada em relação às restantes, psicopatologias e narrativas. Em seguida os sujeitos com orientações humanistas parecem também pouco diferenciadores da associação entre a narrativa da agorafobia e a respectiva perturbação enquanto que os ligados à orientação sistémica algo mais discriminativos, embora os resultados em relação a estas duas orientações foram talvez os menos conclusivos. Os clínicos com orientação biológica e, essencialmente, os de orientação comportamental-cognitiva revelam-se claramente os mais reforçadores da identificação entre a narrativa protótipo da agorafobia e a respectiva perturbação. Talvez se possa considerar que existe uma maior afinidade da narrativa protótipo com qualquer destas orientações, em contraste, por exemplo com a psicanalítica, sugerindo a importância da proximidade de culturas científicas a contextualizar as co-construções elaboradas nos encontros com sujeitos com agorafobia.

Sublinhe-se, contudo, que nem mesmo a orientação teórica constitui um factor determinante, ou que uma dada orientação se apresenta como um óbice à identificação entre a narrativa protótipo da

agorafobia e a respectiva perturbação, uma vez que ela ocorreu em sujeitos com as mais diversas opções teóricas, sendo prova os resultados da amostra global envolvendo um leque alargado de situações.

As validações suscitadas pelos clínicos vêm reforçar com bastante nitidez a viabilidade da narrativa construída como um protótipo de sujeitos com agorafobia, através de uma identificação entre eles, positiva e claramente discriminada. Consideramos que, neste estudo, podemos considerar confirmada a validade da narrativa protótipo da agorafobia.

"Os factos só são verdadeiros
depois de serem inventados"

Mia Couto



Parte III

C o n c l u s õ e s

Parte III

Conclusões

No momento de concluir, vemos terminado o tempo da nossa corrida, inaugurada a distância em relação a ela e direccionado o fôlego para passar a narrá-la.

Retomando do enquadramento teórico a metáfora do "cavaleiro andante" (Gonçalves, 2000), torna-se agora necessário passar da autoria experiencial, que este longo percurso pelos estudos empíricos nos proporcionou, e propor uma narrativa que consubstancie o ponto da situação quanto ao conhecimento co-construído em torno da compreensão da organização dos significados sobre a agorafobia e que, de novo, nos lance na trama experiencial, cumprindo o tal ciclo infindável de criativa co-construção.

Para relatar o que aqui "aconteceu" iremos fazer uma breve alusão a aspectos genéricos deste processo, passando, em seguida, a propor um quadro em que sintetizámos os principais resultados dos cinco estudos e terminaremos, explicitando, para além de diversas limitações deste trabalho, com algumas sugestões para novas incursões na trama experiencial da autoria em torno da temática das narrativas e agorafobia.

Impelidos por uma concepção da psicopatologia inspirada na fenomenologia, enquanto ciência da significação pessoal e afirmada pelas teorias narrativas como um sistema flexível de significações traduzido

por um discurso co-construído e sócio-culturalmente contextualizado, por uma panóplia de conhecimentos sobre a agorafobia, fornecidos por abordagens cognitivas e construtivistas e pelo desafio de contribuir com algum conhecimento empírico no domínio das narrativas e psicopatologia, encetámos esta investigação com o objectivo de explorar a possibilidade de construir e validar uma narrativa que constituísse um protótipo dos sujeitos com agorafobia.

Com vista a uma revisão sintética dos estudos desenvolvidos, destinada a enquadrar as principais conclusões, passaremos a apresentar uma referência sumária aos objectivos, às metodologias e às amostras de sujeitos que neles participaram.

Neste sentido, foram definidos três objectivos específicos a desenvolver através de cinco estudos: construir uma narrativa protótipo de sujeitos com agorafobia, a partir das suas narrativas pessoais significativas; estudar a validade convergente da narrativa protótipo construída, enquanto grau de verosimilhança com a tipicidade discursiva de sujeitos com agorafobia; estudar a validade divergente da narrativa construída, enquanto grau de discriminação relativamente a outras narrativas e a outras perturbações emocionais. Mais especificamente as questões centrais que colocávamos eram as seguintes: (1) se a perturbação emocional da agorafobia corresponderia a uma forma particular de organização narrativa, na dimensão do conteúdo; (2) se os sujeitos com agorafobia teriam mais tendência a identificar-se com a narrativa protótipo da agorafobia do que sujeitos sem qualquer diagnóstico psicopatológico; (3) se os sujeitos com agorafobia teriam tendência para identificar a narrativa como típica da sua organização de significados e distinta em relação a narrativas protótipo associadas a outras perturbações; (4) se outros interlocutores da comunidade conversacional dos sujeitos com agorafobia, considerados por eles afectivamente próximos (*significativos*), iriam associar esses sujeitos à narrativa protótipo da agorafobia e de forma discriminada em relação a outras narrativas; (5) se os clínicos, enquanto especialistas em psicopatologia, iriam igualmente estabelecer uma relação privilegiada entre a agorafobia e a narrativa

construída, e diferenciada tanto de outras narrativas protótipo, como de perturbações emocionais.

Metodologicamente, partilhando da convicção de que conhecimento e existência são inseparáveis e a matriz narrativa é o instrumento de organização da natureza iminentemente caótica dos primeiros (Gonçalves, 2000), propusemo-nos neste trabalho a desencadear uma rede de contactos que nos permitisse “existir” e narrar junto de sujeitos com agorafobia. Assim, através de uma teia de momentos de encontro e desencontro criativo, fomos, numa primeira fase, tecendo narrativas acerca de experiências para si significativas; numa segunda fase, defrontando os sujeitos com o papel de leitores, solicitávamos a sua passagem a autores de identificações com narrativas já construídas. Alargámos este processo de construção social a outros interlocutores que regularmente convivem com sujeitos com agorafobia, explorando a adequação do discurso construído numa rede social mais vasta. A fase posterior de construção dos dados consistiu na sua análise e envolveu duas metodologias distintas. Inicialmente, um processo de *ground analysis* sugerido por Rennie, Phillips e Quartara (1988), aplicado às narrativas significativas recolhidas junto de sujeitos com agorafobia, de modo a extrair elementos de comunalidade temática que nos permitissem redigir uma narrativa protótipo, tal como foi utilizado para a construção de narrativas protótipo associadas a outras perturbações (Gonçalves, Alves, Soares, Duarte, & Maia, 1996) e, à semelhança da opção de Capps e Ochs (1995a, 1995b) por um processo indutivo para obter um protótipo da resposta de pânico, a partir do conteúdo das narrativas de uma paciente. Num segundo momento, recorreremos a processos de avaliação da validade da narrativa construída, para o que nos baseámos na proposta de Howard, Maerlender, Myers e Curtin (1992), fundada nos seus estudos sobre a validação de autobiografias. Trata-se de analisar a adequação da narrativa, através das noções de validade convergente e divergente (ou discriminante), de acordo com a apreciação de vários grupos de juízes, enquanto medidas particularmente precisas e sensíveis para “produtos” diversos, não na quantidade, mas na sua qualidade, estilo ou natureza

de conteúdo. Neste estudo, e exactamente como no apresentado a esse respeito pelo referido autor, "coleccionámos" pareceres de diversas fontes, como sejam, de "participantes" (sujeitos com agorafobia), de "testemunhas" (*significativos* desses sujeitos) e de "especialistas" (clínicos).

Sumariando, desenvolvemos a nossa investigação ao longo de cinco estudos, nos quais participaram um total de 101 sujeitos com agorafobia, 40 *significativos* e 57 clínicos. Relativamente aos sujeitos com agorafobia, dispomos de alguma informação demográfica comum a todos eles e outra que se reporta, especificamente, a cada uma das amostras dos três estudos distintos em que participaram. Globalmente, 53 são do sexo feminino, 48 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 59 anos (situando-se a maioria entre os vinte e os trinta anos), com um nível sócio-económico distribuído pelas cinco classes do Graffar, evidenciando uma predominância do nível médio-alto e sendo a maioria casados, aspectos demográficos que vêm de encontro aos dados epidemiológicos que temos disponíveis (c.f. APA, 1994/1996; Frampton, 1990). Em qualquer das amostras, os sujeitos encontravam-se em acompanhamento clínico no momento da recolha de dados, embora não tivesse havido qualquer controlo quanto à fase da terapia em curso. Os sujeitos apresentavam situações muito diversificadas, quer ao nível psicopatológico quer quanto à história de evolução da perturbação. Particularmente, acerca dos 40 sujeitos do terceiro estudo, sabemos que o diagnóstico principal é de agorafobia com história de pânico na grande maioria das situações (92.5%) e que a amostra apresenta um forte peso de comorbilidade (em 16 dos sujeitos). Da referida amostra dispomos ainda de informação acerca de aspectos da história da perturbação, de acordo com a qual sabemos que o seu tempo de duração não está associado ao tipo de evolução do problema, nem ao grau de interferência que esta provoca na vida do indivíduo, estando estes dois aspectos associados entre si, tendendo os elementos da amostra para um grau de interferência moderado ou severo, com uma evolução variável. Todos os sujeitos referem a sua vida ter sofrido alterações na sequência da

perturbação, essencialmente associadas a um aumento do isolamento, da dependência em relação a terceiros, de evitamentos e medos, aspectos destacados por alguns autores como estando no centro de um ciclo vicioso desencadeado pela sintomatologia e responsável pelo definhamento progressivo do campo de acção de um sujeito com agorafobia (c.f. Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1988; Sassaroli & Lorenzini, 1992, Maio). Estes efeitos da problemática também nos remetem, pelo seu impacto na relação com os outros, para a agorafobia como uma desordem da comunicação, de acordo com o jogo de poderes de que nos falam Capps e Ochs (1995b). Também acerca da evolução da perturbação, destacam-se como situações críticas que antecederam a sua emergência, por um lado, as perdas por morte e separação e, por outro lado, situações de grande *stress* e exigência profissional (muitas vezes associado a problemas de saúde), bem como o casamento, acontecimentos que se enquadram em aspectos já descritos na literatura sobre a história destes sujeitos (c.f. Beck & Emery, 1985; Liotti, 1986; Guidano, 1987, 1992, Março, Joyce-Moniz, 1993). Obtivemos, ainda, através de questionários, informação sobre alguns aspectos do percurso desenvolvimental e das relações precoces destes sujeitos, da qual se destaca uma maioria de situações de aceitação-afecto parental, características que no auto-relato destes sujeitos estão geralmente associadas a idealização dessas figuras, camuflando vinculações ansiosas de sobreprotecção ou negligência por inversão de papéis, o que converge para as descrições quanto às relações precoces de vinculação destes sujeitos (c.f. Bowlby, 1985a, 1993; Soares, no prelo). São também claros, percursos desenvolvimentais a elas associados, destacando-se como dominantes, um perfil de sobreprotecção, dependência e fragilidade, desencadeando evitamento e hipervigilância, ou um perfil de rejeição-abandono por parte dos pais associado a abandono-isolamento, ora mais ligado a rejeição-hiperresponsabilidade, ora a evitamento e hipervigilância, aspectos que parecem tocar as descrições já conhecidas sobre as duas vertentes, aparentemente opostas, que podem vigorar desde as vivências mais precoces destes sujeitos (c.f. Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987).

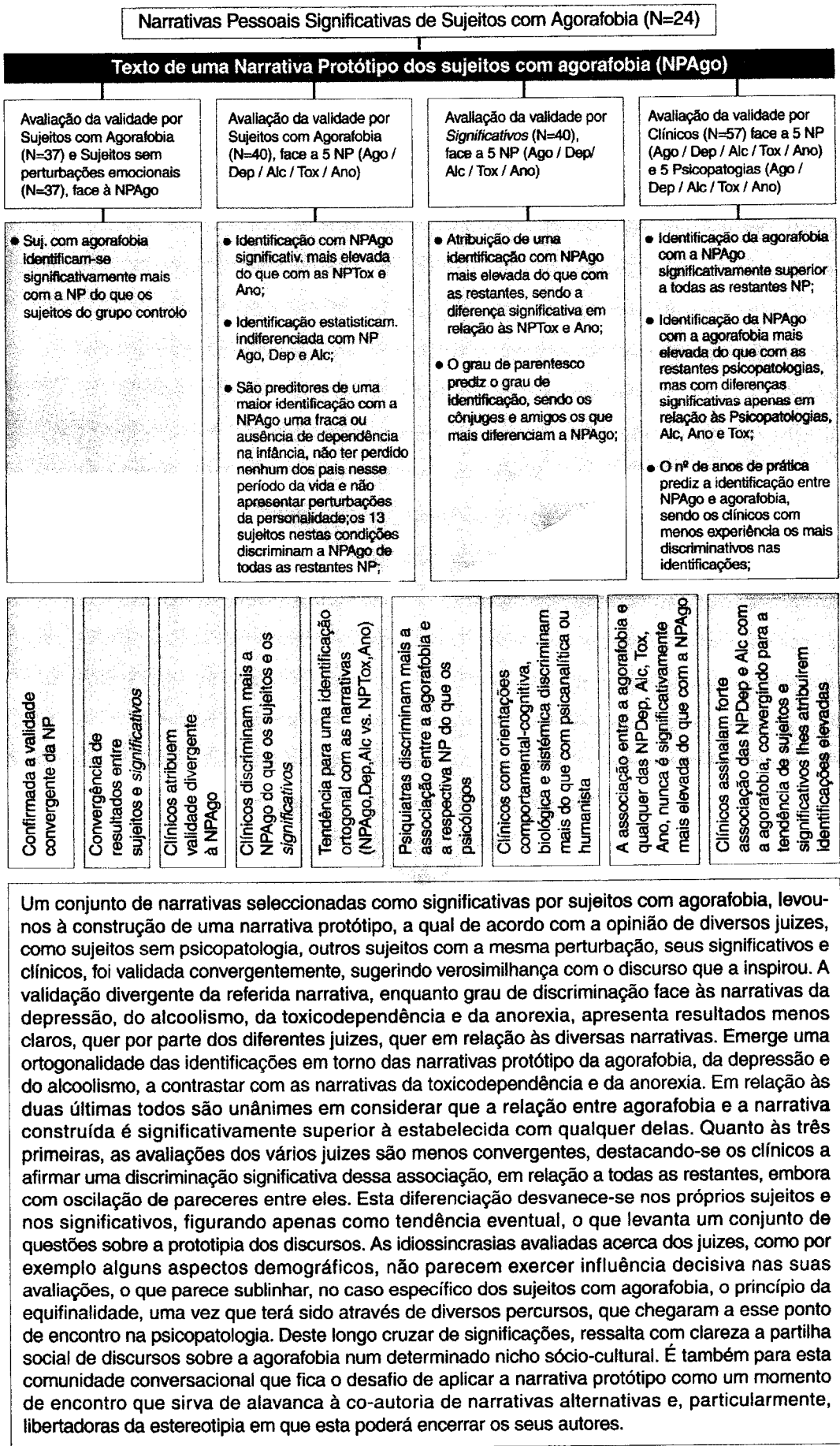
A amostra de *significativos* engloba familiares ou amigos próximos

dos sujeitos com agorafobia, tendo sido por estes seleccionados. Na sua grande maioria é composta por mulheres (77.5%), por cônjuges ou pais (72.5%) dos sujeitos com agorafobia, apresentando idade e nível sócio-económico variados. Quanto aos clínicos incluiu psicólogos e psiquiatras, constituindo estes últimos a maior parte da amostra (73.7%) e abrangendo um leque alargado de idades e de número de anos de prática, sendo as médias, respectivamente, de 42 anos ($D.P.=9.93$) e 15.11 anos de experiência profissional ($D.P.=8.27$). No que diz respeito à orientação teórica dos clínicos a situação é bastante diversificada.

No que se refere aos resultados, consideramos que em alguns dos estudos precedentes incorremos em análises demasiado minuciosas dos dados, ultrapassando mesmo os limites da sua pertinência, quer por alguma redundância dos tratamentos estatísticos quer pela quantidade de provas que punha em risco a relevância das significâncias encontradas, não as destringendo seguramente de um efeito do acaso. Optámos, nessa fase, por expor todos esses ensaios estatísticos que concretizaram a nossa curiosidade sistemática em torno de cada análise, procurando "olhar" os dados sempre de mais "um lado" e arriscando deixar submergir os resultados centrais. Agora, impõe-se uma síntese que destaque claramente aquelas que considerámos serem as contribuições mais pertinentes dos estudos desenvolvidos.

Para esse efeito, e numa analogia do longo processo de trabalho empírico, com a construção progressiva de uma teoria a partir dos próprios dados, começaremos por apresentar uma espécie de árvore de revisão dos cinco estudos e respectivos resultados. Trata-se de um diagrama em que os principais resultados de cada estudo constituem uma espécie de categorias emergentes, a partir das quais construímos categorias hierárquicas de significado que, por sua vez, servirão de base às conclusões que consideramos centrais no conjunto dos vários estudos. Passemos então a observar a Figura 6 que se segue, na qual utilizámos abreviaturas para as diversas perturbações emocionais, designadamente da agorafobia (Ago), da depressão (Dep), do alcoolismo (Alc), da toxicodependência (Tox) e da anorexia (Ano).

Narrativas • Agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo



Da narrativa que acabámos de apresentar, gostaríamos de explicitar sete conclusões principais, as quais serão, a seguir, comentadas. Apesar de considerarmos que os resultados são sempre indissociáveis dos seus autores, tendo em conta que a discussão das validações por amostras foi já abordada na discussão de cada um dos estudos, organizamos as conclusões por temática, em torno da narrativa, cruzando os resultados da validação dos diversos *juízes*.

(1) Construção de uma Narrativa Protótipo para a Agorafobia: Uma matriz discursiva que reflecte muitos dos conhecimentos teóricos sobre a perturbação

Mostrou-se possível, a partir de um conjunto de narrativas pessoais significativas seleccionadas, sem qualquer predefinição temática, por sujeitos com agorafobia, com características demográficas e de especificidade diagnóstica diversas, construir uma narrativa composta pelas comunalidades de conteúdo dos diversos relatos. Isto significa que as narrativas pessoais significativas enquanto espaços intersubjectivos de compreensão co-partilhada dos significados idiossincraticamente construídos pelos sujeitos, bem como, uma análise focalizada nas próprias narrativas e não através delas (cf. Capps & Ochs, 1995a, 1995b), permitiram abstrair uma matriz de significado de todo o seu conjunto. Confirmamos assim, a possibilidade de tipificar numa narrativa protótipo os sistemas específicos de organização de significados dos sujeitos com agorafobia.

O texto da narrativa protótipo resultante retracts uma vasta gama de conhecimentos centrais sobre a agorafobia que dispúnhamos através de abordagens cognitivistas e construtivistas (cf. Bandura, 1986a; Barlow, 1988; Butler & Mathews, 1983; Mathews & MacLeod, 1987; Eysenck, MacLeod & Mathews, 1987; Williams, 1987; Kendall & Ingram, 1988; Foa & Kozak, 1986; Beck, 1976; Beck & Emery, 1985; DeRubeis & Beck, 1988; Joyce-Moniz, 1993; Lorenzini & Sassaroli, 1987, 1988; Liotti, 1986; Guidano, 1987, 1988, 1992, Março), de acordo com as associações que

explicitámos no primeiro estudo, conferindo-lhes uma trama discursiva dotada de uma coerência específica.

Sobrevoando os contributos centrais de cada um desses modelos, assistimos a um movimento de exploração na compreensão da agorafobia, que parte do "terreno" próximo à crise e se vai expandido até à análise da vivência holística e existência hermenêutica do sujeito. Acompanhamos um suceder de metáforas, do ser humano como computador, como cientista, como organismo e como narrador. Curiosamente, começamos por "coisificar" o nosso objecto de estudo (imanentemente "animado"), até o conceber como animado, activo e construtor do seu passado, presente e futuro no contexto de comunidades conversacionais, sócio-culturais e ecológicas definidas. Assim, Bandura (1986a, 1986b) alerta para a pertinência das variáveis internas, descentrando a fobia do objecto ou situação a que se refere, para a percepção de baixa auto-eficácia face a situações temidas. Mathews e MacLeod (1987) referem-se ao processamento da informação face aos estímulos em geral, especificamente a um processamento enviesado ao nível da aquisição, através da atenção selectiva de estímulos ameaçadores. Beck e Emery (1985) abordam o funcionamento cognitivo do indivíduo, salientando a existência de um esquema dominante de perigo e vulnerabilidade, que se impõe na construção do conhecimento. Joyce-Moniz (1993) foca a evolução das significações patológicas, referindo como característicos os movimentos de retrocesso para o nível 1, em que são imperativos a necessidade de protecção e segurança por alguém de confiança ou do regresso a um local familiar seguro. Lorenzini e Sassaroli (1987, 1988) alargam a compreensão do conflito cognitivo entre autonomia e dependência, à história de vinculação dos sujeitos que caracterizam como inibidora da exploração, ficando o conhecimento gradualmente confinado. Guidano (1987, 1991) refere-se ao processo de construção da identidade, pautado pela atitude de hiper-controlo de si e da realidade, como forma de assegurar o equilíbrio entre a necessidade de liberdade e de protecção. Na narrativa incluímos o modo como o indivíduo se "conta", ou seja, a trama existencial com que co-constrói o conhecimento e, finalmente, a

sua história num determinado momento.

Ao designarmos o texto construído de protótipo, estamos a apelar para uma tipicidade de organização de significados dos sujeitos, susceptível de levantar questões quanto ao carácter mais episódico ou perene, de semelhante narrativa na vida dos sujeitos. Por outras palavras, poder-se-á questionar se, por um lado tivemos sempre a preocupação de não confundir a perturbação com as pessoas, nem a sua ocorrência como uma marca definitiva no seu existir - opção subjacente à designação do alvo de estudo enquanto sujeitos com agorafobia - até que ponto não entra em contradição apresentar uma narrativa como típica do seu funcionamento. Ou ainda, poder-se-á encontrar alguma incongruência entre uma identificação dos sujeitos através de um diagnóstico sugerido pelo DSM (APA, 1994/1996) no Eixo I, com um texto que nos sugere uma diversidade de aspectos da vida dos sujeitos com tal perturbação. Por sua vez, esta questão centrada no DSM, poderá ser equacionada com um âmbito mais alargado e de acordo com algumas teorias, através da dicotomia *estado / traço*, interrogando-se esses autores em que nível se situa tal "produto".

Com efeito, gostaríamos de comentar tais questões, clarificando o modo como situamos a narrativa que acabámos de construir. Esta narrativa constitui um discurso tipo, co-construído após um determinado acontecimento ("estado episódico") e que supomos altamente recorrente durante o período de vivência de tal "acontecimento" (a perturbação com acompanhamento clínico). Isto corresponde a considerar que utilizámos a classificação do DSM (APA, 1994/1996) para identificar um grupo de sujeitos a quem tivessem ocorrido acontecimentos de morbidez psicológica semelhante e num mesmo período de tempo. Tal diagnóstico não nos permitirá também saber muito mais sobre o carácter espasmódico ou não, de tal vivência, uma vez que, apesar do DSM (*ibidem*) ao classificar as perturbações no Eixo I e II deixar subentendido uma associação entre o primeiro com "coisas que acontecem" (estados episódicos) e o segundo com "coisas para a vida" (*traços*), a situação não fica assim tão clara e linearmente dividida, nomeadamente quando lemos que a evolução da

perturbação com agorafobia poderá ser de cronicidade. Nesta situação, teremos com o mesmo diagnóstico, pessoas que dizem arrastar ao longo de toda uma vida a referida perturbação e outras que a experimentam pela primeira vez e, quem sabe, não a voltarão a repetir. Efectivamente, o estatuto diagnóstico do primeiro não se altera, nem no Eixo II se lhe encontra equivalente. Confrontamo-nos, assim, com incongruências no referido texto, se não mesmo a nível dos conhecimentos actuais em psicopatologia, que sugerem um espaço de saber dúbio a este respeito.

Neste sentido, a narrativa construída corresponde à diversidade de situações que se encontram colapsadas no diagnóstico de perturbações com agorafobia, comum aos sujeitos da amostra que a fundou. Assim, pela mesma ordem de ideias da possibilidade de evolução mais ou menos crónica, diríamos que também a narrativa construída poderá corresponder a uma prototipia, para uns presente em toda a sua vida, enquanto que, para outros, uma prototipia ocasional que poderá vir a ser substituída por alternativas mais pertinentes, noutras fases da sua vida. Contudo, ao afirmá-lo desta maneira parece estar a defender-se que a narrativa é algo de inerente ao acontecimento, asserção que nos parece simplista e precipitada dada a ausência de estudos empíricos que nos digam sobre o narrar destes sujeitos noutras fases das suas vidas. Por outras palavras, se é o acontecimento que faz os sujeitos narrarem "parecido" ou se é a sua forma semelhante de organizar os significados que contribui para que vivenciem determinados acontecimentos, é uma questão que se mantém em aberto e que escapa aos contributos dos estudos desenvolvidos.

Sobressai, entretanto, a ideia de que o discurso de sujeitos com um percurso cravado da recorrência de episódios sintomatológicos de agorafobia e sujeitos na sua estreia, estão na base de uma única narrativa, fazendo-nos efectivamente pensar que não se enquadram linearmente na dicotomia dos eixos I e II do DSM (1994/1996), nem na dissociação entre *estado* e *traço*. O sistema psicopatológico proposto por Guidano (1987) refere-se a algo diferente ao sugerir a existência de uma organização de significados dominante em cada sujeito, a qual se poderá

encontrar em diferentes estatutos no contínuo entre o normal e o patológico. De acordo com esta perspectiva talvez se torne menos difícil situar a narrativa da agorafobia, colocando a hipótese de que ela possa estar tendencialmente mais associada a sujeitos com uma dominância de organização fóbica de significados, cuja sintomatologia expressa nos permitiu identificar enquanto tal, e que a sua prototipia enquanto recorrência esteja mais directamente ligada a períodos de vivência *neurótica*, segundo designação do autor (ibidem). No entanto, não dispomos de investigação empírica que nos permita saber se esta narrativa se mantém, em fases em que um mesmo sujeito não receberia o diagnóstico de agorafobia de acordo com a DSM (1994/1996). Estudos que, por exemplo, acompanhassem os sujeitos já sinalizados, recolhendo narrativas noutros períodos da sua vida, talvez nos fornecessem dados pertinentes a este respeito.

Entretanto, talvez a perspectiva narrativa nos forneça uma outra ideia sobre a questão da continuidade impregnada numa matriz narrativa. Em qualquer situação de autoria narrativa, o sujeito procura dar coerência à experiência de forma contextualizada a diversos níveis, incluindo o da sua própria história e não como uma ilha isolada, sem pontes para o passado e para o futuro. Deste modo, cada acontecimento, como por exemplo o de sintomatologia agorafóbica, passará a fazer parte do arsenal de experiências que estará, necessariamente, implicado no contexto ecológico de qualquer nova narração. Trata-se de um sincretismo organizador, típico de qualquer discurso em que se imprimam as características de uma narrativa, especificamente a de organização temporal (princípio, meio e fim), capaz de sugerir uma leitura biográfica, distanciando-se de um raciocínio de somatório sintomático que a classificação destes sujeitos começou por induzir.

A dicotomia *estado/traço* supõe uma oposição entre momento e continuidade (estar e ser), a qual, de acordo com uma concepção narrativa é substituída por uma convicção sobre a sua interdependência. Mais explicitamente, ambos os conceitos nos remetem para acontecimentos, em que a continuidade não passa de uma simultaneidade de

acontecimentos, a que pretendemos narrativamente dar sequência no tempo. Usando as palavras de Pio-Abreu (2000) também poderíamos dizer que “ser é um estar que dura” e assim o *traço* é um artefacto da linguagem para aludir a esse ser, sempre em mudança. Ou seja, com estas noções, vemos como uma narrativa, que supõe um actor e autor, introduz necessariamente projecto no seu texto, o qual lhe anuncia o devir, evidenciando a impossível estaticidade de que com a noção de *estado* tentamos iludir o nosso pensamento.

Assim, a narrativa que construímos não consideramos corresponder nem a um *estado*, nem a um *traço*, mas antes a um discurso tipo co-construído durante um estado episódico. A sua prototipia prende-se com a redundância com que o sujeito a usa como guião de referência no seu esforço contínuo de assegurar a coerência das suas vivências. Tornam-se invariantes organizativos da significação que limitam a experiência, inibindo a multiplicidade, diversidade e flexibilidade narrativa. O sujeito insiste em construir o significado das suas experiências passadas, presentes e futuras nesta unicidade prototípica. Tal narrativa consubstancia-se na vida dos sujeitos, não como um esquema interno que lhe é magicamente activado, mas na conjuntura de circunstancialidades definidas pelo seu percurso pessoal (que inclui a interdependência das dimensões orgânica, experiencial e ecológica) no encontro com o clínico, num dado momento histórico-político e cultural.

Na certeza de que esta conceptualização, desviando-se da questão, tal como é colocada em algumas teorias pela ciência clássica, não responde a problemas de fundo que a ela estão inerentes, como o que leva um paciente a co-construir uma determinada narrativa psicopatológica e não outra, o que leva a que seja num determinado momento da sua vida e não noutro. No entanto, considerando que cada teoria coloca as suas próprias questões, talvez possamos afirmar que tais aspectos não são centrais no âmbito deste referencial, considerando que não será da sua resposta que depende a evolução das competências profissionais ao nível da riqueza do seu arsenal para co-construir narrativas cada vez mais flexíveis e adequadas para ultrapassar o sofrimento

psicológico dos pacientes.

Em síntese, não se trata de comparar esta narrativa com um diagnóstico do DSM construído com base noutro tipo de discurso, o qual serviu para identificar sujeitos alvo para o estudo das suas narrativas; a narrativa protótipo, como qualquer produção humana não escapa à necessidade de "estatificar" o devir no espaço que permita a sua reflexão, mas com a especificidade que lhe assiste, suscita que se adivinhem nas suas entrelinhas de onde vem e para onde vai; esse movimento entre passado e projecto, alicia-nos a impregnar-lhe uma duração que a aproxime do ser, num golpe necessariamente falacioso, pois esse não se apreende na matriz narrativa, acontece!

(2) Validade Convergente de uma Narrativa Protótipo da Agorafobia: A especificidade do discurso psicopatológico

Assumindo a validade convergente como o grau de verosimilhança encontrado entre a narrativa que construímos e o discurso associado a sujeitos com agorafobia, poderemos considerar que em qualquer dos quatro estudos de validação esta vertente foi avaliada. Dedicámos um primeiro estudo especialmente à avaliação desta dimensão, em que, defrontando sujeitos com agorafobia unicamente com a narrativa que construímos, pretendíamos obter uma espécie de grau identificação "em absoluto" com aquela narrativa, sem comparação com nenhuma outra. No entanto, esta prova de validação convergente encontra-se subjacente a qualquer dos estudos posteriores sobre a validade divergente, uma vez que todos eles nos fornecem o grau de relação entre sujeitos com agorafobia e a narrativa correspondente. Com efeito, dispomos a este nível de uma análise alargada a diversos interlocutores que correspondem a fontes de avaliação bem distintas, como seja sujeitos com características correspondentes às daqueles que inspiraram a narrativa construída, familiares ou amigos da convivência próxima desses sujeitos e especialistas em psicopatologia.

Assim, quanto à intensidade de identificação de sujeitos com

agorafobia com a narrativa a ela destinada, qualquer dos quatro estudos evidenciou a existência de relação ou mesmo de “muita relação” entre ambos. Concretamente, os sujeitos com agorafobia, quer quando foram defrontados unicamente com a narrativa da agorafobia quer com esta em conjunto com outras quatro, atribuíram uma identificação elevada com a respectiva narrativa, no que foram claramente seguidos pelos seus *significativos*. Também os clínicos, nas suas duas modalidades de validação, estabelecem uma associação privilegiada entre psicopatologia agorafóbica e a narrativa construída. Isto corresponde a uma forte unanimidade das avaliações por parte dos diversos interlocutores, quanto à ideia de que a narrativa que preparámos para a agorafobia está associada a sujeitos com a respectiva perturbação, ou seja, de que estes poderiam ser seus actores/autores.

Após o primeiro estudo de validação, em que a identificação de sujeitos sem perturbações emocionais, com a narrativa protótipo da agorafobia foi, em termos estatísticos, significativamente inferior à dos sujeitos com agorafobia, ficámos com a convicção de que tal narrativa apelava para a especificidade do discurso psicopatológico. O parecer convergente de sujeitos com agorafobia, *significativos* e clínicos, levou-nos a acreditar que poderá constituir um discurso efectivamente típico dos sujeitos com a referida perturbação. Esta conclusão aponta favoravelmente para uma avaliação da narrativa protótipo em análise, como adequada para traduzir a experiência idiossincrática de sujeitos com agorafobia, juízo que deverá ser enriquecido com a questão de saber se outras narrativas são rejeitadas na identificação com estes sujeitos, atribuindo àquela que construímos, a dimensão de exclusividade nessa associação (validação divergente).

(3) Validação Divergente de uma Narrativa Protótipo para a Agorafobia: A confirmação de um protótipo?

O estudo da validade divergente incide sobre o modo como os *juízes* aproximam dois elementos, rejeitando outros similares. De algum

modo, este tipo de validação esteve já inerente à identificação proposta pelos sujeitos sem psicopatologia no estudo da validade convergente, pois estes colocavam de parte o que não tinha a ver com eles, o que contribui para nos sugerir, num primeiro momento, a discriminação desta narrativa. Tratava-se assim, não da discriminação de narrativas face a um mesmo sujeito, mas da discriminação de sujeitos face a uma mesma narrativa. Os três estudos destinados a avaliar especificamente a validade divergente - junto de sujeitos com agorafobia, de *significativos* e de clínicos - assentavam na destrição entre uma identificação privilegiada de sujeitos com agorafobia com a narrativa protótipo respectiva e a rejeição de outras quatro narrativas protótipo, associadas às perturbações emocionais da depressão, do alcoolismo, da toxicod dependência e da anorexia. No caso específico dos especialistas, era também explorada a discriminação da relação da narrativa protótipo da agorafobia com a respectiva perturbação, da estabelecida com as outras quatro psicopatologias.

Os resultados obtidos não são concludentes, principalmente no sentido em que os diversos grupos de *juízes* não revelam pareceres convergentes mas, também, quanto à variação das avaliações em cada amostra.

Os clínicos validaram divergentemente a narrativa protótipo construída entre o leque das cinco narrativas apresentadas, o que não sucedeu, de modo integral, com os sujeitos e *significativos*, segundo os quais os resultados são menos claros, em particular para as narrativas da depressão e do alcoolismo. Quanto à discriminação proposta pelos clínicos, ao nível das psicopatologias que emparelham com a narrativa construída, a agorafobia denuncia-se como a eleita, embora não de forma significativamente diferenciada em relação à depressão, deixando em aberto a possibilidade de esta também ser identificável com a narrativa em causa.

Face a estes resultados, emergem duas questões sobre as quais passaremos a reflectir: porque é que os clínicos discriminam mais a narrativa protótipo para a agorafobia do que os outros interlocutores? e, até que ponto poderemos considerar a narrativa que construímos um

protótipo válido?

Relativamente à primeira questão, passaremos a apontar alguns aspectos que consideramos que poderão contribuir para a compreensão dos resultados. Num plano de comparação das condições entre os três estudos, ressaltam os seguintes factores. O facto da amostra de clínicos ser composta por um número de sujeitos superior ao das outras duas, poderá ter exercido uma influência relevante nos resultados, se tivermos em conta que nenhuma delas pode ser considerada uma amostra grande, para as análises estatísticas aplicadas. A tarefa de quantificar a intensidade de relação entre as reacções de uma pessoa e uma narrativa, poderá apresentar uma maior acessibilidade para os clínicos do que para os outros participantes. Para os clínicos poderá corresponder a uma actividade familiar, inerente à sua prática profissional de observação e classificação do funcionamento do outro, tratando-se aqui de adaptar esse jogo de leitor/autor ao referente específico das narrativas; para os *significativos* a situação de "observadores" do outro, não equivale ao seu papel mais frequente na relação com eles, pelo que a surpresa da tarefa solicitada introduz um grau de dificuldade acrescido; para os sujeitos com agorafobia o "jogo" de autorias é ainda distinto, quer por incidir sobre o próprio, supondo ter sistematizado uma narrativa acerca do seu funcionamento quer pelo intenso activar de memórias, experiências e desejos, propícios a despoletar um envolvimento emocional dificultador do discernimento perante a actividade. Os contextos relacionais em que a recolha de dados se processou com uns e com outros, também foram muito distintos. Se, por um lado, estávamos junto dos pacientes e *significativos*, com todo o jogo de desejabilidade social que tal acarreta, por outro lado, com os clínicos não foi estabelecido qualquer contacto directo e o anonimato era uma realidade. Concerteza que esta diferença de contextos poderá exercer influência em qualquer dos sentidos, se bem que queremos com isto sublinhar a existência de mais pressão na primeira situação, susceptível de ter interferido negativamente na disponibilidade e concentração dos sujeitos na tarefa. A elevada co-morbilidade dos sujeitos com agorafobia e que constituíram o alvo de análise também para os *significativos*, poderá

contrastar com a referência utilizada pelos clínicos na sua avaliação. No caso destes, parece provável que se tenham baseado no diagnóstico específico da perturbação, atitude, aliás, induzida pelo leque de cinco psicopatologias com que eram confrontados a seguir a cada narrativa, reforçando a necessidade de diferenciar as perturbações e alheando-se da sua frequente co-morbilidade.

Finalmente, e num outro nível de análise, parece-nos perfeitamente plausível que a total discriminação por parte dos clínicos constitua o reflexo de uma partilha de culturas profissionais e científicas a contextualizar as construções que fazemos nos encontros com sujeitos com agorafobia. Diríamos, ainda, que parece sublinhar o peso da cultura de especialistas e investigadores na definição dessas entidades psicopatológicas, produtos de uma relação comunitária mais alargada, entre pessoas histórica e socialmente situadas. Talvez seja compreensível que a partilha de uma cultura profissional assuma um particular destaque, se considerarmos que há nos clínicos uma intencionalidade de construção de conhecimento discriminado sobre os pacientes, o qual não trespassa os interesses dos sujeitos com agorafobia, nem dos seus familiares e amigos.

Retomando os resultados, podemos afirmar que os três grupos de interlocutores foram unânimes na validação divergente da narrativa protótipo da agorafobia, em relação às narrativas da anorexia e da toxicodependência. Entretanto, se podemos afirmar uma discriminação clara quanto às narrativas anteriormente citadas, sublinhe-se que não a podemos negar em absoluto em relação aos outros casos, uma vez que, de acordo com a interpretação da significância estatística, apenas não temos a certeza de que a superioridade de identificação com a narrativa da agorafobia em relação às restantes (tendência observada uniformemente nos três estudos) não seja fruto do acaso, o que não estipula que o seja.

Neste sentido, saber se o conjunto dos resultados obtidos nos permitem passar a considerar a narrativa construída, como um protótipo do discurso dos sujeitos com agorafobia, verosímil e discriminado de

outros, não nos parece de fácil resposta. Talvez possamos considerar que não haverá uma única conclusão legítima a este respeito. A metodologia de avaliação da validade divergente propõe, basicamente, a discriminação desta narrativa em relação a outras e, acrescenta como uma mais valia destes métodos de validação baseados no parecer de *juízes*, "capitalizar" (Howard et al., 1992) mais do que uma opinião mas não estipula qual será o número de pareceres mínimos, nem como interpretar *nuances* nos seus resultados. Em última instância, também nada nos garantiria que, se estes três grupos de sujeitos validassem divergentemente a narrativa em relação a todas as restantes, tal fosse suficiente para afirmar a sua validade, pois concerteza que a comunidade conversacional a integrar na avaliação poderá ser sempre alargada.

Contudo, claro que a existência de dados, que não asseguram a validação divergente da narrativa, não podem ser ignorados, alertando para a necessidade de um maior estudo desta temática. Nomeadamente, em virtude da tendência dos resultados, somos levados a pensar que estudos com amostras de sujeitos e de *significativos* mais numerosas e redefinidas em função de algumas variáveis que se revelaram preditoras, como por exemplo, excluindo sujeitos com perturbações de personalidade associadas e *significativos* da família de sangue, poderiam conduzir a resultados claramente mais conclusivos. No entanto, se não podemos ousar dizer que a narrativa está, até ao momento, divergentemente validada, poderemos, entretanto, ir reflectindo sobre a sua pertinência, até porque saber se constitui o protótipo ideal ou um instrumento útil, não significará exactamente o mesmo.

Para terminar, consideramos que ajuizar quanto à adequação da narrativa proposta poderá, em certa medida, depender do contexto da análise e dos objectivos quanto à sua utilização, ficando, por exemplo, anunciada a sua potencialidade enquanto instrumento de diálogo entre clínicos.

(4) A oscilação dos Clínicos na Validação da Narrativa Protótipo da Agorafobia: O contraste entre psiquiatras e psicólogos, anos de experiência profissional e orientações teóricas

Uma análise mais fina da validação divergente proposta pelos clínicos permitiu-nos constatar que os psiquiatras discriminam mais claramente a associação entre a agorafobia e a sua narrativa protótipo do que os psicólogos. Os resultados destes últimos aproximam-se dos obtidos junto dos sujeitos com a agorafobia, mantendo mais indiferenciada a identificação com as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo. Esta discrepância de resultados poderá, até certo ponto, reflectir uma diferença de formação ao nível da psicopatologia, da parte de uns e outros profissionais, encontrando-se os psiquiatras mais preparados para identificar as diversas perturbações. Curiosamente, se da parte dos psiquiatras será de esperar um modelo de trabalho "médico", cujas raízes positivista e da ciência tradicional se distanciam das abordagens narrativas, aquilo que parece constatar-se é uma sensibilidade grande ao discurso do paciente, à sua narrativa existencial. Talvez esta competência derive do modelo fenomenologista classicamente adoptado pela psiquiatria, em busca da compreensão empática do existir/narrar do indivíduo.

A diferenciação progressivamente decrescente da narrativa protótipo da agorafobia, à medida que aumenta o tempo de experiência profissional, poderá apontar para níveis de diagnóstico diferentes que os clínicos vão utilizando ao longo da sua prática. Inicialmente mais presos à diferenciação sintomática, abstraída através de uma focalização na narrativa que os pacientes trazem. Posteriormente, talvez substituída por uma atitude mais centrada num rápido escrutínio do diagnóstico através de indícios idiossincraticamente sistematizados e polarizada na intervenção; possivelmente, passam a ser valorizados aspectos diagnósticos abrangentes, baseados em elementos como a alegada comorbilidade das diversas perturbações com a depressão (Sheehan, 1990; Maser et al., 1995), interpretando a diversidade de discursos psicopatológicos como meras defesas em relação a esta. Note-se que os

dados da validação divergente por narrativas parecem, de algum modo, sustentar esta última situação, ao revelarem uma forte tendência para qualquer das cinco narrativas ser associada com a perturbação depressiva. No nosso estudo, esta questão do tempo de prática clínica parece encontrar-se associada à das orientações teóricas dos terapeutas, sugerindo, também, a possibilidade de estar a constituir uma espécie de mediação dos efeitos destas nos resultados. Entretanto muitas outras hipóteses se poderão colocar para a interpretação deste resultado, o qual nos parece merecer particular atenção e aprofundamento em estudos posteriores, pelas questões que levantam, nomeadamente em termos da didáctica e formação na clínica.

A forma como é abordada a questão da orientação teórica não torna muito transparente as oscilações obtidas a este nível, apesar de ser notória a sua existência. De acordo com as tendências globais dos resultados, os clínicos com uma orientação comportamental e biológica, contrariamente ao que se poderia esperar, são dos que mais discriminam a narrativa protótipo da agorafobia. Este resultado faz-nos repensar a suposição de que tais orientações mais centradas na sintomatologia se oponham a uma análise narrativa. Afinal, a trama narrativa não é exactamente o relato de um acontecimento, bem próximo da sua experiência, disponibilizando o "aqui e agora" privilegiado em tais abordagens? Não será que essas orientações teóricas, no seu exercício de centrarem a avaliação naquilo que o paciente traz, se tornam mais disponíveis, para o desafio proposto pelas teorias narrativas de "olhar" para a narrativa e não através dela? (Capps & Ochs, 1995). Assim, não se tratará propriamente de uma proximidade de perspectivas teóricas, mas de metodologias na forma de abordagem da avaliação psicopatológica, permitindo-lhes partilhar teorias co-construídas por esses pacientes, de que eles bem conhecem as experiências. Numa espécie de pólo oposto, encontram-se os clínicos com formação psicanalítica, os quais se destacaram como os menos diferenciadores da narrativa por nós construída. Na mesma linha da interpretação anterior, diríamos que estes ilustram exactamente a atitude de avaliar "através" da narrativa e não

no seu conteúdo expresso. Nesse movimento, a interpretação fica entregue a um sistema conversacional, que quase exclui o próprio paciente, sendo de esperar uma narrativa sobre a agorafobia escrita numa linguagem alheia a este. Uma vez mais, só estudos dirigidos a explorar a diferença de leituras sobre as várias narrativas, por parte de clínicos com orientações teóricas distintas, nos trariam dados suficientemente elucidativos a este respeito.

Finalmente, diríamos que uma grande diversidade de clínicos "arranha a língua" falada nesta narrativa, embora esta não constitua um instrumento igualmente discriminativo, em termos psicopatológicos, para todos eles.

(5) Emergência de uma ortogonalidade identificatória da agorafobia em torno de cinco narrativas protótipo: Agorafobia, depressão e alcoolismo vs toxicodependência e anorexia

A identificação de sujeitos com agorafobia, bem como a sugerida pelos seus significativos, em relação a cada uma das cinco narrativas protótipo que lhes foram apresentadas na validação divergente, sugere dois núcleos bem diferenciados quanto à relação encontrada com os diversos discursos. Emerge uma hierarquia quanto à intensidade das identificações que as divide em dois grupos: identificações mais elevadas com as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo, a contrastar com associações visivelmente menores, com as narrativas da toxicodependência e da anorexia.

Esta clivagem surge com nitidez na validação divergente proposta por estas duas amostras, em que a diferença da identificação mais elevada com a narrativa da agorafobia é, apenas, estatisticamente significativa em relação às narrativas da toxicodependência e da anorexia. Entretanto, continua a sobressair, na análise da validação por subamostras, o facto de estas duas narrativas ocuparem sistematicamente os dois últimos lugares na ordenação hierárquica das identificações. Sublinhe-se, ainda, que esta espécie de dicotomia subsiste na validação dos clínicos, segundo

a qual as referidas narrativas também são as menos relacionadas com a agorafobia, tendo-se chegado a verificar em vários subgrupos que também eram as únicas significativamente discriminadas, à semelhança do que sucedia com os resultados dos sujeitos com agorafobia e dos *significativos*.

Em síntese, a proximidade de identificações em torno dessas três narrativas e distância das outras parece indiscutível, dada a sua sequência hierárquica mais frequente, de acordo com a avaliação de qualquer dos grupos de *juízes*.

Com efeito, coloca-se a questão de saber o que será que diferencia estes dois grupos de acordo com o experienciar agorafóbico e, especificamente, o que estará na base de identificações próximas e elevadas com as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo. Na discussão do terceiro estudo, levantámos várias hipóteses para a compreensão deste fenómeno, pelo que agora iremos apenas destacar duas grandes linhas de análise desta questão.

Ao nível da psicopatologia, a co-morbilidade dos sujeitos e a eventual difusão de fronteiras entre a depressão e as perturbações ansiosas, poderá justificar a maior proximidade entre as três narrativas e distância em relação às outras duas.

Uma outra dimensão que nos parece fértil para a exploração de algumas respostas e, mais directamente situada no contexto das preocupações desta investigação, refere-se à constituição das matrizes narrativas e sua prototipia. Uma hipótese assenta na questão das proximidades e diferenças entre os conteúdos das diversas narrativas. É inegável a existência de mais elementos temáticos comuns ou próximos entre as narrativas da agorafobia, da depressão e do alcoolismo, do que entre a da agorafobia e da anorexia ou da toxicodependência, no entanto, seria fundamental aprofundar se serão esses factores comuns que aproximam as identificações.

Uma outra possibilidade contempla a hipótese de assumir a proximidade das identificações com as três narrativas protótipo, como um indicativo de alguma flexibilidade dos sujeitos com agorafobia, quanto aos conteúdos organizadores, à volta dos quais situam o seu discurso

narrativo. Tendo em conta que, não se trata propriamente de os sujeitos não se identificarem com a narrativa da agorafobia, mas antes de o fazerem em relação a três narrativas protótipo, isto poderá significar menor inflexibilidade do que se esperava em relação a indivíduos com psicopatologia, sendo esta eventualmente assumida como de “mal menor” do que outras. Assim sendo, fica, no entanto, por compreender onde se situam e o que determina os limites dessa flexibilidade, que leva os sujeitos a excluírem as outras duas narrativas.

Finalmente, trata-se de questionar a composição da própria narrativa protótipo preparada para a agorafobia. Sabemos que há grupos de sujeitos com agorafobia (bem como, de *significativos*) para quem essa proximidade se dissipa, existindo diferenças significativas entre a sua identificação com a narrativa da agorafobia e as da depressão e do alcoolismo, para além das outras duas. Com efeito, considerámos que não será de excluir a hipótese dessa proximidade se prender com o facto da narrativa que construímos não constituir um protótipo suficientemente abrangente para todos os sujeitos com a referida perturbação. Concretamente, a possibilidade de o texto conter elementos que possam dificultar a identificação de alguns dos sujeitos com ele. Em particular, que a vertente do *desafio* com que termina, iniba a identificação de muitos dos sujeitos com a narrativa, ou por terem um percurso em que não chegaram a experienciar essa bipolaridade, ou pela intensidade da sintomatologia não lhes permitir reconhecer a *acalmia* com que termina. Neste sentido, tornava-se necessário aprofundar o interesse de reformular o texto da narrativa ou de admitir um desenrolar com dois finais, criando mais do que um protótipo para sujeitos com agorafobia. Trata-se de narrativas que constituíssem uma espécie de variantes de um tronco comum, capazes de, no seu conjunto, abranger as diversas regularidades associadas a esta perturbação emocional.

Consideramos que estas duas últimas possibilidades colocam questões de fundo em relação ao trabalho desenvolvido, pelo que seria fundamental realizar estudos neste domínio que nos permitissem despistar a pertinência de cada uma das hipóteses colocadas. Especificamente,

sugerimos uma investigação que explore a identificação dos sujeitos com aspectos parcelares das narrativas, por exemplo, extractos definidos de acordo com as dimensões da gramática narrativa subjacentes à sua construção, passível de fornecer dados úteis em relação a qualquer das três hipóteses enunciadas.

(6) A Homogeneidade de Resultados na Validação da Narrativa Protótipo para a Agorafobia: Um reflexo da Equifinalidade Psicopatológica?

Nos quatro estudos de validade desenvolvidos, registámos, globalmente, uma homogeneidade de resultados, sem ter havido qualquer controlo prévio de outra variável, para além da referente ao diagnóstico principal dos pacientes. Efectivamente, os elementos disponíveis quanto à descrição dos sujeitos, em qualquer dos estudos, ilustram uma grande diversidade de situações individuais, não sugerindo qualquer restrição a grupos específicos, por exemplo, do ponto de vista sócio-económico.

Nos estudos da validade divergente em que explorámos a análise por subamostras, encontraram-se algumas oscilações mas destaca-se a homogeneidade no perfil global das distribuições de cada uma. De igual modo, nos estudos em que explorámos a predição dos resultados quanto à identificação com a narrativa da agorafobia, apesar de alguns factores se revelarem explicativos, não emergiram características descritivas a que se possam atribuir os resultados globalmente obtidos.

Com efeito, as validações resultantes parecem consistentes e independentes de aspectos mais idiossincráticas dos sujeitos que as propuseram. Diríamos que um conjunto alargado e diverso de "observadores" partilharam globalmente de uma mesma visão sobre o fenómeno em estudo (relação da agorafobia com a narrativa construída).

No caso específico dos sujeitos com agorafobia é particularmente curioso verificar que as suas identificações com a respectiva narrativa, não variam substancialmente de acordo com aspectos inerentes ao seu percurso pessoal. Dispomos a seu respeito, de um conjunto de informações sobre o passado, designadamente percepções sobre a relação com a mãe,

com o pai, acerca do funcionamento durante a infância e no período prévio ao desencadear da psicopatologia, os quais testemunham uma clara diversidade de trajetórias desenvolvimentais. Contudo, num determinado momento, a narrativa protótipo com que mais se identificam é a mesma e corresponde à da agorafobia. Este contraste entre diversidade e convergência sugere-nos o princípio da equifinalidade, segundo o qual se concebe que diversos percursos desenvolvimentais poderão desembocar numa mesma perturbação emocional. Entretanto, consideramos que nada se pode concluir sobre a questão que lhe está associada, da continuidade *versus* descontinuidade desta perturbação ao longo da vida, dado que a presente investigação apenas aflora tal temática, reportando o seu aprofundamento teórico e empírico para posteriores oportunidades. Fica também em aberto saber se esta questão se coloca, nos mesmos termos, do ponto de vista narrativo. Especificamente, se a variedade de percursos a que nos referimos corresponderá também a diversidade de narrativas mas, considerando que estas são tecidas em estreita relação com as experiências, é de supor que também as narrativas seriam diversas entre os sujeitos, embora só estudos centrados na evolução das narrativas ao longo de vários períodos da vida, nos permitiriam avançar a este nível.

(7) Construção e validação de uma narrativa protótipo da agorafobia: A partilha social de discursos.

De repente, eis a narrativa protótipo da agorafobia, como um personagem do qual se desconhece o autor. Quando o buscámos, percorremos o processo da sua construção e validação e surgem várias hipóteses. Começámos, então, por atribuí-la aos sujeitos com agorafobia, já que as narrativas pessoais significativas eram suas e dizendo que lhes descobrimos o protótipo. Entretanto, damos conta que, entre a idiosincrasia de cada um daqueles, emergiu um texto autónomo que a nenhum deles pertencia. Passámos a pensar então atribuí-lo ao seu escritor, constituindo assim, quem sabe, a narrativa dos autores desta

investigação sobre os sujeitos com agorafobia. Posteriormente, foi dada a ler a outros sujeitos com a perturbação que, num acto de grande autoria, a subscreveram. Seria, afinal, efectivamente a eles que tal matriz pertencia. Foi, a seguir, dada a ler a "terceiros" que, como autores, a passaram a intitular de agorafobia. Olhamos a folha e vemos um texto povoado de autores. Então, a narrativa de "pai incógnito" passou a conhecer não um, nem dois, mas um grupo alargado de autores que, por sua vez, representavam talvez mais alguns que puderam estar presentes, no momento. Agora, uma vez construída e reconhecida numa determinada comunidade conversacional, pode talvez, libertar-se dos seus múltiplos autores e passar a constituir mais um "mapa" de conhecimento, disponível para a partilha e potenciação de novas narrativas.

Tendo em consideração a metodologia seguida na construção da narrativa protótipo da agorafobia, fica evidente que desde a recolha das narrativas pessoais significativas à construção do texto, se tratou de um processo de co-construção, em que estiveram, explicitamente, envolvidos os sujeitos com agorafobia e os autores deste trabalho, contando com as inúmeras contribuições do contexto ecológico de cada um e do sistema que passaram a constituir. Através do processo de validação, assistimos a uma convergência das avaliações, por parte de diversos grupos de interlocutores, a compreensão da qual nos remete para a partilha social de discursos. A narrativa protótipo da agorafobia parece ser, globalmente, aceite no contexto actual de uma determinada comunidade sócio-linguística que inclui especialistas, pacientes e seus familiares, para a construção dessa realidade conversacional, designada de agorafobia.

A narrativa protótipo resulta, assim, não como a representação de um processo individual de organização dos significados, mas como a expressão de um discurso socialmente partilhado sobre o fenómeno da agorafobia. Constitui, também, o testemunho de uma aproximação de linguagens e formas de narrar entre especialistas e seus interlocutores, produzindo uma narrativa com laços de união entre eles, sobre a compreensão e experiência do paciente com agorafobia. Convencionada a linguagem, constroem esse fenómeno da agorafobia, distanciando-se

do ciclo da definição de essências psicopatológicas. Reencontrámos, assim, a psicopatologia, como uma construção social discursiva e sócio-culturalmente enquadrada (c.f. Gergen, 1996; Gonçalves, 2000; Relvas, 2000).

Atrai-nos esta possibilidade de uma determinada comunidade linguística dispor de uma narrativa que sintetiza de forma viável as realidades construídas sobre a agorafobia, servindo de propulsor para novas aventuras através do conhecimento, quer em contexto clínico quer no contexto da investigação. Somos, assim, lançados no campo da aplicabilidade da narrativa protótipo construída.

A nível da clínica e tomando como referência as abordagens psicoterapêuticas que, derivando dos mais diversos modelos clássicos, nos últimos anos se inspiram na metáfora da *criação* (por oposição à da resolução), acreditamos que a narrativa protótipo da agorafobia poderá constituir um instrumento útil na conversação entre clínicos e sujeitos com esta perturbação. Clínicos e pacientes poderão partilhar dela como história de base e fonte de questionamento para sair do discurso *saturado* do paciente (cf. Costa, 1994).

A narrativa, em virtude da sua aproximação à linguagem dos próprios sujeitos, irá contribuir para um sistema de avaliação mais ecológico (e menos estigmatizante), constituindo uma fonte importante de compreensão clínica. Apela para uma análise focalizada na narrativa enquanto tal, e não através dela, salvaguardando tomar o todo pela parte, bem como o estabelecimento de uma correspondência linear entre o protótipo e o diagnóstico da agorafobia. Trata-se, antes, de partilhar com o próprio sujeito prototipias, redundâncias e singularidades, analisando com ele a utilidade e adequabilidade de tal narrativa. Especificamente, o instrumento utilizado na validação divergente permitirá entrar em contacto os conteúdos narrativos do paciente, avaliando os temas organizadores e a flexibilidade /inflexibilidade da sua construção de significados, bem como, situando necessidades específicas, quanto à exploração da multiplicidade e construção de narrativas mais elaboradas.

Para além disso, a narrativa protótipo, tal como qualquer outra, é

complexa e dá vozes ao sistema terapêutico, como condição de múltipla autoria e prenúncio da multivocalidade. Neste sentido, potência a possibilidade de múltiplas versões e, assim, partir da linguagem sintomática saturada para a discursividade criativa de novas construções. A propósito, gostaríamos de sublinhar, por um lado, o eco que a sua leitura provocou nos vários interlocutores e, por outro lado, que o facto de não ter havido uma tão forte identificação com a narrativa protótipo da agorafobia por parte de todos os sujeitos com esta perturbação, poderá tornar-se ainda mais frutuoso, na medida em que constitui, simultaneamente, uma fonte de identificação e de dissonância, necessária para a mudança. Na esteira da proposta de Relvas (2000) convém que a história a partilhar não seja tão semelhante com a do outro que não permita a criação, nem tão distante que não seja reconhecida. Com efeito, o clínico ao partilhar a narrativa protótipo com o cliente irá co-construir narrativas alternativas que potenciem outras questões, libertando-o da prototipia das suas significações e lançando-o num proliferar de outros desafios da sua existência andante.

Imbuídos dos objectivos das *terapias da criação*, a narrativa poderá, à maneira de cada clínico, servir como ponto de partida para a organização de um novo campo semântico (White & Epston, 1993) ou, no contexto da terapia da curiosidade (Relvas, 2000), iniciar o movimento co-evolutivo, seguindo por um processo centrífugo de expansão ou, no modelo associado à criatividade narrativa (Gonçalves, 2000), projectar o sujeito no processo de movimento imparável, abrindo-o para uma contínua e crescente mudança. Trata-se de considerar a narrativa como um acontecimento a expandir, em busca de novos e diversos conteúdos, capaz de direccionar o paciente para uma experiência e conhecimento mais funcional, flexível e criativo.

A narrativa protótipo que propomos será sempre uma narrativa aberta, flexível e pronta a ser reescrita, por todos aqueles que a utilizarem, nesse processo motorico da existência e do narrar.

No contexto da investigação, foram já lançados vários desafios na discussão de alguns dos estudos e na reflexão dos pontos conclusivos

atrás debatidos. Efectivamente, consideramos que há um leque muito alargado de investigações a desenvolver neste domínio, dada ainda a sua escassez, bem como a riqueza dos dados, até agora, obtidos que despoletam, a todo o momento, novas questões. Contudo, passaremos a fazer referência apenas a alguns projectos que elegemos pelo interesse que nos despertam, no decorrer dos trabalhos efectuados.

Começaríamos por realçar que estes resultados encorajam a continuidade dos estudos de validação divergente desenvolvidos, quer aumentando as amostras quer investindo na análise das identificações dos sujeitos com dimensões temáticas das diversas narrativas.

Num outro plano, tendo em consideração que a prototipia é, apenas, uma das dimensões centrais da matriz narrativa indicativa da sua falta de flexibilidade, seria da maior importância para uma compreensão holística do discurso agorafóbico, passar a desenvolver estudos sobre as dimensões da estrutura e do processo, na significação dos sujeitos com agorafobia. Concretamente, avaliar a coerência da estrutura, a complexidade do processo e a multiplicidade do conteúdo das narrativas espontâneas destes sujeitos. Investigar, também, qual o tipo de relação e de comprometimento de umas dimensões em relação às outras, estará associado à perda de autoria criativa nestes sujeitos. Saber em que medida, o protótipo construído, enformado com as características da estrutura e os mecanismos estilísticos típicos destes sujeitos, aumentará a exclusividade de identificações, já que a narrativa não vive só do que se diz, mas do modo e da organização com que é dito.

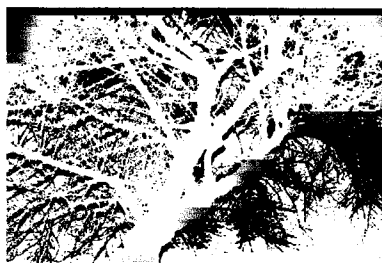
Um outro domínio que desperta todo o interesse, seria o de analisar a prototipia, a nível de cada sujeito com agorafobia em tempos e espaços distintos. Um questão específica que seria pertinente colocar, consiste em saber se cada um dos sujeitos será assim tão rígido, ou seja, se apresentará essa tipicidade num leque alargado de narrativas pessoais significativas. Para este efeito, propomos a aplicação de uma entrevista de eliciação de narrativas significativas, incidindo em quatro grandes temáticas da vida – corpo, profissão, família e relação com os outros –, conjugadas em três tempos – passado, presente e futuro – e focando

duas polaridades emocionais (experiências de *zénite* e de *nadir*). Naturalmente, que seria também interessante analisar a estrutura e o processo, através de todas estas narrativas.

Em termos futuros, constituiria também um desafio pertinente, desenvolver investigações sobre a utilização clínica da narrativa protótipo construída, comparando diversos modelos de aplicação e principalmente, avaliando a eficácia da sua utilização, em particular, na expansão da multiplicidade e diversidade de conteúdos e, em geral, da flexibilidade narrativa dos pacientes.

Entre as diversas limitações dos estudos desenvolvidos, salientamos a da utilização de instrumentos sem estudos prévios suficientes, para assegurar a sua validade (como no caso dos questionários do PAMaDeP) ou ainda não consolidados quanto à sua eficácia, tornando-os em si um objecto de estudo. A propósito, gostaríamos de sugerir que, em estudos similares de validação divergente, viesse a ser utilizado apenas o *Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo*, o qual verificámos ser suficiente, mais fiável na recolha de dados e pertinente nos resultados. Consideramos que tem, ainda, a vantagem de partilhar de forma transparente com o sujeito o objectivo da actividade e que consiste na discriminação, atitude que nos parece mais coerente com a perspectiva de co-produção dos dados inerente aos estudos realizados.

Acreditamos que, com a proliferação de estudos no domínio das narrativas, se vão obtendo instrumentos cada vez mais pertinentes e partilháveis e estamos convictos de que através de uma utilização combinada de metodologias idiossincráticas e nomotéticas, estaremos preparados para o desafio cativante de compreender a significação psicopatológica através das dimensões da narrativa. E assim terminamos esta história, a que a relação com um número alargado de pessoas conduziu o nosso pensamento.



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, A. F. (1993). *Organização cognitiva e narrativa protótipo em toxicodependentes - estudo exploratório*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais* (3ª ed. rev.) (DSM-III-R) (L. H. S. Barbosa Trad.). São Paulo: Ed. Manole. (Publicação original 1987).
- American Psychiatric Association. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.) (DSM-IV). Lisboa: Climepsi editores. (Publicação original 1994).
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Angus, L. E., Hardtke, K., & Levitt, H. (1996). *A Rating Manual for the Narrative Processing Coding System*. York University, Department of Psychology, North York, Ontario.

- Angus, L. E., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1255-1270.
- Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry, 9*, 69-96.
- Bandura, A. (1986a). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-efficacy. *American Psychologist, 41*, 1389-1391.
- Bandura, A. (1986b). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 5-21.
- Baptista, A. (1989). O questionário de medo na agorafobia. *Psiquiatria clínica, 10*, 79-87.
- Baptista, A. (1993). *A gênese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Porto.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.
- Beck, A. T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 325-347). New York: Plenum.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression utilizing the cognitive check-list. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-186.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research, 1*, 23-36.

- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bedrosian, R. C., & Beck, A. T. (1980). Principles of cognitive therapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. (pp. 127-152). New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1985a). *Perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1985b). The role of childhood experience in cognitive disturbance. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Ed.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 181-202). New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1993). *Separação: Angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., Holzer, C. E., Rae, D. S., George, L. K., Karno, M., Stoltzman, R., McEvoy, L., & Nestadt, G. (1984). Exclusion Criteria of DSM-III : A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983-959.
- Bruhn, A. R. (1992). The early memory procedures: A projective test of autobiographical memory: Part. I. *Journal of Personality Assessment*, 58, 1-15.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burgess, I. S., Jones, L. M., Robertson, S. A., Radcliffe, W. N., & Emerson, E. (1981). The degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 233-243.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advanced Behavioral Research Therapy*, 5, 51-62.
- Capps, L., & Ochs, E. (1995a). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Capps, L., & Ochs, E. (1995b). Out of place: Narrative insights into agoraphobia. *Discourse Processes*, 19, 407-439.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19, 2-14.
- Costa, J. M. A. (1994). A realidade construída. In J. Gameiro (Ed.), *Quem sai aos seus...* (pp. 89-122). Porto: Edições Afrontamento.
- D'Hainault, I. (1990). *Conceitos e métodos de estatística* (Vol.1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- DeRubeis, R. J., & Beck, A. T. (1988). Cognitive therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 273-306). New York: Guilford.
- Dobson, K. S., & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3-38). New York: Guilford.
- Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Drewery, W., Winslade, J., & Monk, G. (2000). Resisting the dominating story: Toward a deeper understanding of narrative therapy. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duarte, Z. (1993). *Narrativas protótipo e dependência alcoólica*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Epstein, S. (1983). *The mother – father – peer scale*. Manuscrito não publicado, University of Massachusetts, Amherst.
- Epston, D., White, M., & Murray, K. (1992). A proposal for a re-authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary. In S. McNamee & K. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 96-115). London: Sage.

- Eysenck, M. W., MacLeod, C., & Mathews, A. (1987). Cognitive functioning and anxiety. *Psychological Research*, 49, 189-195.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- Fernandes, E. (1993). *Exploração de constructos pessoais sobre o self em mudança: Um estudo preliminar com sujeitos depressivos e agorafóbicos*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Ferreira-Alves, J., & Gonçalves, O. F. (1999). *Manual de avaliação da coerência narrativa*. Braga: Universidade do Minho.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frampton, M. (1990). *Agoraphobia*. England: Thorsons.
- Gardner, H. (1985). *The mind's new science*. New York: Praeger.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-273.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Gergen, K. J., & Davis, K. E. (Eds.). (1985). *The social construction of the person*. New York: Springer.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21). San Diego: Academic Press.

- Goas, M. C. (1966). *Temas psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatologicas generales*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Gonçalves, M. (1994). *Auto-conhecimento e acesso introspectivo: do Self reificado ao Self narrativo*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, M., & Gonçalves, O. F. (no prelo). Introdução. In M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Abordagens construcionistas à psicoterapia*. Coimbra: Quarteto Editora
- Gonçalves, M., & Henriques, M. R. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F. (1989). The Constructive - developmental trend in cognitive therapies. In O. F. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive developmental approach* (pp. 11-31). Porto: APPORT.
- Gonçalves, O. F. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Gonçalves, O. F. (1991). *Entrevista de recordação de narrativas protótipo*. Documento policopiado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, O. F. (1993). *Terapias cognitivas: Teoria e prática*. Porto: Afrontamento.
- Gonçalves, O. F. (1994a). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 105-126.
- Gonçalves, O. F. (1994b). Narrativa psicológica e psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12, 253-264.
- Gonçalves, O. F. (1995a). Cognicion, Constructivismo y narrativa: En busca de un sentido para las silabas. *Revista de Psicoterapia*, 6 (24), 45-52.
- Gonçalves, O. F. (1995b). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 139-162). New York: Springer Publishing Company.

- Gonçalves, O. F. (1995c). Hermeneutics, constructivism, and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 195-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F. (1995d). Psicoterapia Cognitiva Narrativa e construção múltipla de conhecimento. *Viver Psicologia (Brasil)*, 3, 26-27.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Um manual de psicoterapia breve*. S. Paulo: Edipsy.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F., & Alves, A. R. (s.d.). *Prototype narratives in opioide dependence*. Manuscrito não publicado.
- Gonçalves, O. F., Alves, A., Soares, I., Duarte, Z., Henriques, M., & Maia, A. (1996). Narrativa e psicopatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 307-318.
- Gonçalves, O. F., Korman, L., & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. B. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington DC: APA Press.
- Gonçalves, O. F., & Machado, P. P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1179-1192.
- Gonçalves, O. F., Maia, A., Soares, I., Duarte, Z., Alves, A. R., Henriques, M., & Pocinho, F. (1992, Junho). *Prototype narratives, cognitive structures and psychopathology: Some preliminary remarks*. Comunicação apresentada ao World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
- Gouveia, J. P. (1990). Entrevista clínica adoptada a partir da secção de distúrbios afectivos do: Anxiety disorders interview schedule - revised (ADIS-R). In J. P. Gouveia, *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Portugal.

- Green, J., & D' Oliveira, M. (1991). *Testes Estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Personal Communication*. Beverly Hills, C. A.: Sage.
- Guidano, V. F. (1987). *The complexity of self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1988). A system process-oriented approach to cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 307-354). New York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1992, Março). *Les Organisations Psicopatologiques*. Seminário apresentado no Curso de PosGrado Terapia Cognitivo/Social da Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona, Espanha.
- Guidano, V. F. (1993, Junho). *Selfhood in Psychotherapy*. Workshop apresentado no âmbito da Pós-graduação em Psicoterapia Cognitiva (Abordagem construtivista e narrativa). Porto, Portugal.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1985). A constructivist foundation for cognitive therapy. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 101-142). New York: Plenum.
- Harré, R., & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. London: Sage.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 113-142.
- Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New-York: Guilford.

- Hermans, H. J. M., & Kempen, H. J. G. (1993). *Dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.
- Hibbert, G. A. (1984). Ideational components of anxiety: Their origin and content. *British Journal of Psychiatry*, 144, 618-624.
- Howard, G. S. (1989). *A tale of two stories: Excursions into a narrative approach to psychology*. Notre Dame, IN: Academic Press.
- Howard, G. S. (1991). Cultural tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- Howard, G. S., Maerlender, A. C., Myers, P. R., & Curtin, T. D. (1992). In stories we trust: studies of the validity of autobiographies. *Journal of Counseling psychology*, 39 (3), 398-405.
- Howell, D. C. (1992). *Statistical Methods for Psychology*. Belmont: Duxbury Press.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia geral*. (S.P. Reis Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Athenen. (Publicação original em 1959).
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 1-2). New York: Norton.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. (1988). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. In L. Michelson & L. M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral* (pp. 89-104). New York: Guilford.
- Kobak, R. (1993) *The Attachment Q – Sort*. Manuscrito não publicado, Universidade de Delaware.

- Labov, W., & Fanshell, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Labov, W., & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle: American Ethnological Society.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lang, P. J. (1984). Affective information processing and the assessment of anxiety. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 369-395.
- Lax, W. D. (1992). Postmodern thinking in a clinical practice. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 69-85). London: Sage.
- Lax, W. D. (1996). Narrative, social constructionism and buddhism. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Liotti, G. (1986). A model of cognitive organization in agoraphobia. In P. Eelen & O. Fontaine (Eds.), *Behavior therapy: Beyond the conditioning framework* (pp. 104-120). Louvain, Bélgica: Leuven University Press / Lawrence Erlbaum.
- Liotti, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 87-104.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: NIS.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1988). Building change in patients with agoraphobic symptoms. In F. Fransella & L. Thomas (Eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (pp. 329-341). London: Routledge & Kegan Paul.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1991). El trastorno esquizofrenico del pensamiento. *Revista de Psicoterapia*, 2 (8), 61-72.

- Mahoney, M. J. (1988a). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. In K. S. Dobson (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 357-386). New York: Guilford.
- Mahoney, M. J. (1988b). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1992). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12), 49-61.
- Mahoney, M. J. (1995). The cognitive and constructive psychotherapies: Contexts and challenges. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 195-208). New York: Springer.
- Maia, A. (1990). *Teorias e modelos da emoção. Estudos experimentais sobre a relação entre a tristeza e o reconhecimento verbal numa tarefa de atenção selectiva*. Dissertação apresentada no âmbito das provas de aptidão pedagógica e capacidade científica, em psicologia cognitiva, Universidade do Porto, Portugal.
- Maia, A. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Mancini, F., & Semerari, A. (1988). Kelly and Popper: A constructivist view of knowledge. In F. Fransella & L. Thomas (Eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (pp. 69-79). London: Routledge & Kegan Paul.
- Mancuso, J. C. (1986). The acquisition and use of narrative grammar structure. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Mandler, J. M. (1984). *Stories, scripts and scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum.

- Maser, J. D., Weise, R., & Gwirtsman H. (1995). Depression and its boundaries with selected axis I disorders. In E. E. Beckhan & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 86-106). New York: Guilford Press.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behavioral Research and Therapy*, 23, 563-569.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1987). An information-processing approach to anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 105-115.
- Maturana, H., & Varela, F. (1987). *The tree of knowledge*. Boston: New Science.
- Mishler, E. G. (1986). *Research interviewing*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mogg, K., Mathews, A., & Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- Neimeyer, R. A. (1995). An appraisal of constructivist psychotherapies: Contexts and challenges. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and Constructive psychotherapies: Theory, research and practice* (pp. 163-194). New York: Springer.
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions and the construction of the self. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington, DC: APA Press.
- Neimeyer, R., & Mahoney, M. J. (Eds.). (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: APA Press.
- Neimeyer, R., & Raskin, J. (Eds.). (2000). *Constructions of disorder*. Washington, DC: APA Press.
- Norusis, M. J. (1993). *SPSS Professional Statistics. Release 6.0*. Chicago: SPSS Inc.

- Paim, I. (1969). *Curso de psicopatologia*. Rio de Janeiro: Gráfica Editora.
- Paisana, J. (1992). *Fenomenologia e hermenêutica*. Lisboa: Ed. Presença.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pennebaker, J. (1993). Putting stress in words: Health, linguistic and therapeutic implication. *Behaviour, Research & Therapy*, 31, 539-548.
- Pio-Abreu, J. L. (1984). Epidemiologia psiquiátrica: Análise crítica dos resultados e métodos. *Psiquiatria Clínica*, 5, 7-37.
- Pio-Abreu, J. L. (1990). Clínica e investigação. *Psicologia Clínica*, 3/4, 83-90.
- Pio-Abreu, J. L. (1993). *O comportamento como sistema de estados (A acção, a interacção e a comunicação dos sistemas abertos)*. Coimbra: Lilly.
- Pio-Abreu, J. L. (1994a). Epistemologia e práticas em saúde mental. *Temas*, 24 (47), 27-38.
- Pio-Abreu, J. L. (1994b). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pio-Abreu, J. L. (1995). A natureza do espírito: Do dualismo cartesiano ao trialismo de Popper. *Interacções*, 2, Julho-Dezembro. Coimbra: Instituto Miguel Torga.
- Pio-Abreu, J. L. (2000). *O tempo aprisionado: Ensaio não espiritualistas sobre o espírito humano*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pio-Abreu, J. L. (no prelo). *Como tornar-se doente mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pio-Abreu, J. L., & Ramalheira, C. (1993). Análise da gênese e evolução dos ataques de pânico. *Caesura*, 3, 49-56.
- Pio-Abreu, J. L., Ramalheira, C., & Valente, J. M. (1998). Towards a 'map' of panic: Structure of the bodily symptoms. *Acta psychiatrica scandinavica*, 97, 66-70.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, New York: SUNY Press.

- Polkinghorne, D. E. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism*. London: Sage.
- Popper, K. (1992). *O universo aberto - Pós-escrito à lógica da descoberta científica* (vol. 2). Lisboa: Dom Quixote.
- Quartilho, M. J. R. (1989). Distúrbio de pânico: Alguns aspectos clínicos e biológicos. *Psiquiatria Clínica*, 10 (2), 99-104.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rehm, L. P., & Rokke, P. (1988). Self-management therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Relvas, A. P. (1999). O mundo atrás do espelho... A psicopatologia numa perspectiva sistémica. In A. P. Relvas (Ed.), *Conversas com famílias: Discursos e perspectivas em terapia familiar* (pp. 47-73). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). Hipotetização em terapia familiar: A curiosidade co-construída. In A. P. Relvas (Ed.), *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família* (pp. 37-83). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rennie, D. L. (1994, Julho). *Plausible constructions as the rigor of qualitative research*. Comunicação apresentada no Encontro Anual da International Society for Psychotherapy Research, York, England.
- Rennie, D., Phillips, J., & Quartaro, G. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-145.
- Richards, T. J., Richards, L., McGalliard, J., & Sharrock, B. A. (1992). *NUDIST, 2.3 user manual*. Eltham. Austrália: Replee Pty Ltd.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. B. Loyd (Eds.), *Cognition and Categorization* (pp. 27-48). Hillsdale, Lawrence Erlbaum.

- Rosen, H. (1996). Meaning-making narratives: Foundations for constructivist and social constructionist psychotherapies. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Russell, R. L. (1991). Narrative [special issue]. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5.
- Russell, R. L. (Ed.). (1995). *Discourse narrative in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Russell, R. L., & Van Den Broek, P. (1992). Changing narrative schemas in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 344-353.
- Russell, R. L., & Wandrei, M. L. (1996). Narrative and the process of psychotherapy: Theoretical foundations and empirical support. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: Practise. *Clinical Psychology Review*, 10, 107-121.
- Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C., & Whiffen, V. (1990). Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 143-160.
- Santos, P., Silva, A., & Sousa, A. (1995). A escala mother - father - peer. In L. Almeida, M. Simões & M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT.
- Sarbin, T. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- Sassaroli, S., & Lorenzini, R. (1990). Apego y exploracion en la patogenesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, 1 (2-3), 95-111.
- Sassaroli, S., & Lorenzini, R. (1992). Relaciones tempranas y nacimiento del self. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12), 63-76.

- Sassaroli, S., & Lorenzini, R. (1992, Maio). *Fobies, Ansietat i Estres*. Seminário apresentado no Curso de PosGrado Terapia Cognitivo/Social da Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona, Espanha.
- Schneider, K. (1963). *Psicopatologia clínica*. Madrid: Editora Montalvo.
- Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1988). Cognitive assessment: Issues and methods. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.
- Sewell, K. W. (1995). Personal construct therapy and the relation between cognition and affect. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory research, and practice* (pp. 121-138). New York: Springer.
- Sheehan, D. (1990). The natural history of panic disorder. In *The dilemma of panic disorder, problems and practical solutions* (pp. 9-10), Department of Postgraduate and Continuing Medical Education at McLean Hospital.
- Shotter, J. (1989). Social accountability and the social construction of 'you'. In J. Shotter & K. J. Gergen (Eds.), *Texts of identity* (pp. 133-155). Newbury Park, CA: Sage.
- Shotter, J. (1992). Getting in touch: The meta-methodology of a postmodern science of mental life. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism*. London: Sage.
- Shotter, J. (1995). Dialogical psychology. In J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology*. London: Sage.
- Silva, C. M. (1994). *Estatística Aplicada à psicologia e ciências sociais*. Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Braga: CEEP, Univ. do Minho.
- Soares, I. (no prelo). Vinculação e psicopatologia do desenvolvimento. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Soares, I. C. (1993). *Narrativas protótipo na anorexia nervosa - estudo exploratório para a compreensão da organização do conhecimento na anorexia nervosa*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Thoresen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Van Den Broeck, P., & Thurlow, R. (1991). The role and structure of personal narratives. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 257-276.
- Varela, F. J. (1984). The creative cycle: Sketches on the natural history of circularity. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*. New York: Norton.
- Varela, F. J. (1989). *Connaître*. Paris: Ed. du Seuil.
- Vaz-Serra, A., & Pio-Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I. Ensaio da aplicação do Inventário depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. Separata da *Coimbra Médica*, 20 (6), 623-644.
- Weinstein, G., & Alschuler, A. S. (1985). Educating and counseling for self-knowledge development. *Journal of counseling and development*, 64, 19-25.
- Weishaar, M. E., & Beck, A. T. (1986). Cognitive therapy. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy* (pp. 61-91). London: Harper & Row.
- Weissman, M., & Merikangas, K. (1986). The epidemiology of anxiety and panic disorders: An update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (6), 11-17.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Williams, S. L. (1987). On anxiety and phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 161-180.

World Health Organization (WHO). (1982). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders*. Genève: WHO.



A n e x o s



Anexo 1

Critérios de diagnóstico da
agorafobia (DSM III-R)

primeiro, segundo, terceiro e quinto estudos

DIAGNÓSTICO DA AGORAFOBIA (300.22 E 300.21) DSM III-R

(Integrada na categoria de "Distúrbios de Ansiedade")

Critérios diagnósticos de Agorafobia sem História de Distúrbio de Pânico (300.22):

- Agorafobia: Medo de estar em lugares ou situações cuja saída seria difícil (ou embaraçante) ou nos quais a ajuda pode não estar disponível no caso de súbito desenvolvimento de um sintoma(s) que possa ser incapacitante ou extremamente embaraçante. Os exemplos incluem vertigem ou queda, despersonalização ou desrealização, perda do controle esfíncteriano, vômito, ou desconforto cardíaco. Como resultado deste medo, a pessoa ou restringe locomoções ou necessita de uma companhia para sair de casa, ou então, tolera as situações de agorafobia apesar de intensa ansiedade. Situações agorafóbicas comuns incluem estar sozinha fora de casa, estar numa multidão ou permanecer numa fila, estar numa ponte e viajar num autocarro, comboio ou automóvel.

Na agorafobia com distúrbios de pânico ou de acordo com a designação da DSM III-R do "Distúrbio de Pânico com Agorafobia", os critérios de diagnóstico são semelhantes, acrescentando-se o preenchimento dos critérios para Distúrbio de Pânico.

Critérios diagnósticos de Distúrbio de Pânico com Agorafobia (300.21):

- Em algum momento durante a perturbação, um ou mais ataques de pânico (períodos discretos de medo intenso ou desconforto) ocorreram inesperadamente, isto é, não ocorre imediatamente antes ou durante a exposição à situação que quase sempre causou ansiedade, e não é disparado por situações nas quais a pessoa foi o foco de atenção dos outros.

- Pelo menos quatro dos seguintes sintomas se desenvolveram durante pelo menos um dos ataques:

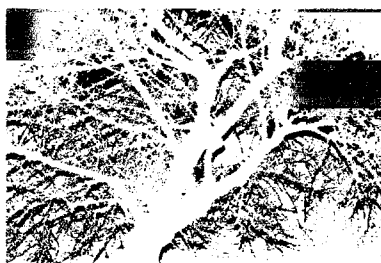
- (1) falta de ar (dispneia) ou sensações de asfixia
- (2) vertigem, sentimentos de instabilidade ou sensação de desmaio
- (3) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
- (4) tremor ou abalos
- (5) sudorese
- (6) sufocamento
- (7) náusea ou desconforto abdominal
- (8) despersonalização ou desrealização
- (9) anestesia ou formigueiro (parestesias)
- (10) ondas de calor ou calafrios
- (11) dor ou desconforto no peito
- (12) medo de morrer
- (13) medo de enlouquecer ou de cometer um acto descontrolado

Nota: Ataques envolvendo quatro ou mais sintomas são ataques de pânico; ataques, que envolvem menos de quatro sintomas são ataques de sintomas limitados (ver Agorafobia Sem História de Distúrbio de Pânico, p.257).

- Não se pode estabelecer que um factor orgânico iniciou e manteve a perturbação, por exemplo, intoxicação por anfetamina ou cafeína, hipertireoidismo.

- Prolapso da válvula mitral pode ser uma condição associada, mas não impossibilita um diagnóstico de Distúrbio de Pânico.

- Agorafobia: Medo de estar em lugares ou situações de onde seja difícil sair (ou situações embaraçantes) ou nos quais a ajuda pode não estar disponível no caso de um ataque de pânico. (Inclui casos de comportamento de evitamento persistente originado durante uma fase activa de Distúrbio de Pânico, mesmo que a pessoa não atribua este comportamento ao medo de ter um ataque de pânico).



Anexo 2

Determinação do nível sócio-económico (Graffar)

primeiro, segundo, terceiro, quarto estudos

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL

-Professor* GRAFFAR (Bruxelas) -

*** Englobe num círculo o que interessa:

PROFISSÃO

- 1 - Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários, militares de alta patente.
- 2 - Chefes de secção administrativa ou de negócios empresariais, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes.
- 3 - Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres-de-obras.
- 4 - Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
- 5 - Trabalhadores manuais não-especializados. Jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

NÍVEL DE INSTRUÇÃO

- 1 - Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo).
- 2 - Ensino médio ou técnico superior (10-12 anos de estudo).
- 3 - Ensino médio ou técnico inferior (8-9 anos de estudo).
- 4 - Ensino primário completo (6 anos de estudo).
- 5 - Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

(Fonte principal)

- 1 - Fortuna herdada ou adquirida.
- 2 - Lucros de empresa, altos honorários, cargos bem remunerados, etc.

*GRAFFAR, M.: "Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population" - Courrier, 6:455, 1956

- 3 - Vencimento mensal fixo.
- 4 - Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa).
- 5 - Sustento por beneficiência pública ou privada. (Não se incluem as pensões de desemprego ou de incapacitados).

| |
|-------------------------------|
| CONFORTO NO ALOJAMENTO |
|-------------------------------|

(Impressão subjectiva)

- 1 - Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo de conforto.
- 2 - Categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.
- 3 - Casa ou andar modesto em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho.
- 4 - Categoria intermédia entre 3 e 5.
- 5 - Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

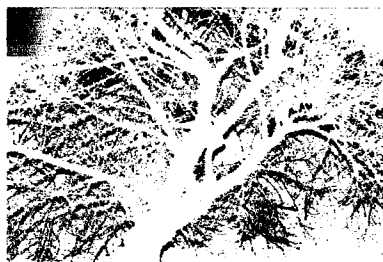
| |
|-----------------------------------|
| ASPECTO DE BAIRRO HABITADO |
|-----------------------------------|

(Impressão subjectiva)

- 1 - Bairro residencial elegante, caro.
- 2 - Bairro residencial bom, confortável.
- 3 - Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas.
- 4 - Bairro operário, populoso, mal arejado.
- 5 - Bairro de lata.

Cotação

- Nível 1 (superior) - 5 a 9 pontos
- Nível 2 - 10 a 13
- Nível 3 - 14 a 17
- Nível 4 - 18 a 21
- Nível 5 (inferior) - 22 a 25



Anexo 3

Características demográficas da amostra

primeiro estudo

Características demográficas da amostra.

| SUJEITOS | SEXO | IDADE (anos) | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDADE | GRAFFAR |
|----------|------|-----------------|--------------|--------------|---------|
| S 1 | F | 36 | Casada | 11° A | III |
| S 2 | M | 31 | Solteiro | C.Sup. | I |
| S 3 | F | 33 | Casada | C.Sup. | I |
| S 4 | F | 31 | Casada | 12 ° A | II |
| S 5 | F | 55 | Divorciada | 4° A | V |
| S 6 | M | 27 | Solteiro | 5° C. Sup. | III |
| S 7 | M | 32 | Casado | C.Sup. | I |
| S 8 | M | 42 | Casado | 11° A | II |
| S 9 | F | 26 | Casada | 11° A | II |
| S 10 | F | 32 | Casada | 11° A | II |
| S 11 | F | 41 | Casada | 9° A | III |
| S 12 | M | 40 | Casado | 9° A | III |
| S 13 | F | 36 | Casada | C.Sup. | II |
| S 14 | M | 54 | Casado | 6° A | III |
| S 15 | M | 21 | Solteiro | 7° A | III |
| S 16 | M | ? | ? | ? | ? |
| S 17 | F | 38 | Casada | C.Sup. | I |
| S 18 | F | 36 | Casada | 6° A | IV |
| S 19 | F | 51 | Solteira | 4° A | IV |
| S 20 | M | 26 | Casado | 10° A | II |
| S 21 | M | 26 | Casado | C.Sup. | I |
| S 22 | M | 36 | Casado | 4° A | IV |
| S 23 | M | 31 | Casado | 11° A | II |
| S 24 | F | 31 | Casada | 12° A | II |

TOTAIS DA AMOSTRA
(N = 24)

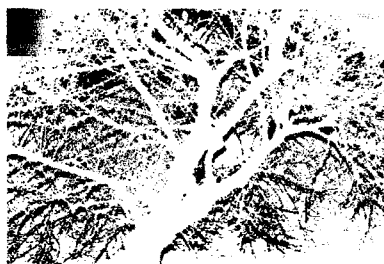
| | |
|----------|----------|
| M | F |
| 12 | 12 |

| | | |
|-----------------|---------------------|-------------------|
| SOLTEIRO | CASADO (Coh) | DIVORCIADO |
| 4 | 18 | 1 |

| | |
|-----------------|---|
| GRAF FAR | |
| I | 5 |
| II | 8 |
| III | 6 |
| IV | 3 |
| V | 1 |

| | |
|----------------------|----|
| IDA DE (anos) | |
| 20 / 30 | 5 |
| 30 / 40 | 12 |
| 40 / 55 | 6 |

| | |
|----------------------|---|
| ESCOLA RIDADE | |
| 4ª / 9º | 8 |
| 10º/12º | 8 |
| C.S. | 7 |



Instrumentos para Recolha de Dados Demográficos

Anexo 4

Ficha de Identificação

Anexo 5

Questionário de aspectos referentes
ao Graffar

primeiro estudo

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Morada _____

Telefone _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Habilitações Literárias: _____

Anos de Evolução do Problema: _____ Tempo de Terapia: _____

Número de Internamentos: _____

NOTAS:

Data: ____ / ____ / ____

O Psicólogo:

QUESTIONÁRIO DE ASPECTOS REFERENTES AO GRAFFAR

NOME: _____

DATA: _____

FONTE DE RENDIMENTO:

- Fortuna _____
- Lucros de empresa ou altos honorários _____
- Vencimento mensal fixo _____
- Salário (semanas/ horas/ tarefas) _____
- Sustentos por benefiência (não se incluem pensões por desemprego) _____

IMPRESSÃO ACERCA DO ALOJAMENTO:

- Casa ou andar de luxo, muito grande, com o máximo de conforto _____
- Casa ou andar espaçoso e confortável (entre 1e 3) _____
- Casa ou andar modesto em bom estado de conservação,
com cozinha e W.C. _____
- Entre 3 e 5 _____
- Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto _____

ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

- Bairro residencial, elegante e caro _____
- Bairro residencial, bom e confortável _____
- Ruas comerciais, estreitas e antigas _____
- Bairro operário, populoso, mal arejado _____
- Bairro de lata _____



Instrumentos de Avaliação Psicodiagnóstica

Anexo 6

Entrevista clínica estruturada para
agorafobia (ADIS-R)

Anexo 7

Questionário de Medos (QM)

Anexo 8

Inventário Depressivo de Beck (BDI)

Anexo 9

Inventário Maudsley de Obsessões
e Compulsões (MOC)

Anexo 10

Teste de despiste de alcoolismo (Le
Gô)

primeiro estudo

AGORAFOBIA

1. a. Sente-se assustado ou em pânico em algumas situações, ou evita-as porque tem medo de ser incapaz de sair delas no caso de se sentir a desmaiar ou a entrar em pânico?

Sim _____ Não _____

Se NÃO, passe para FOBIA SIMPLES (pag.28)

Especifique a gama de actividades, isto é, tempo despendido na situação, a frequência, a distância de casa e factores que afectam a capacidade para entrar ou permanecer na situação. Especificar estes aspectos quando só ou quando acompanhado, escrevendo nos espaços apropriados. Use a seguinte escala para classificar o medo e evitamento.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sem Evitamento ou escape/ sem medo ou ansiedade | Evitamento ocasional/ medo ligeiro | Moderado: pode entrar só/medo moderado | Severo: raramente só, tem de ser acompanhado/ medo severo | Muito Severo nunca entra mesmo acompanhado/ medo e pânico muito severo |

- b. Qual a Intensidade do seu Medo nessas situações?

Com que frequência as evita? Se estiver acompanhado faz alguma diferença?

| | Actividade Sozinho | Actividade Acompanhado | Classificação Medo Evitamento |
|----------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Conduzir | | | |
| Andar de carro | | | |
| Lojas | | | |
| Passeios | | | |

| | Actividade Sozinho | Actividade Acompanhado | Classificação Medo Evitamento | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Multidões | | | | |
| Autocarro | | | | |
| Avião | | | | |
| Táxi | | | | |
| Estar numa bicha | | | | |
| Andar a pé (que distância?) | | | | |
| Elevadores | | | | |
| Cinemas | | | | |
| Restaurantes | | | | |
| Teatros | | | | |
| Auditórios | | | | |
| Igreja | | | | |
| Túneis | | | | |
| Quartos pequenos | | | | |
| Parques | | | | |
| Praças | | | | |
| Local de trabalho | | | | |
| Outros | | | | |

Se não há indícios de medo e evitamento a nenhuma destas situações
 passe para FOBIA SIMPLES (Pag. 19)

1. Aponte situações especiais, objectos, rituais, que o doente utilize para ser capaz de enfrentar as situações que receie: transportar qualquer objecto na mão, medicação no bolso, objectos especiais tais como livros, instruções escritas de relaxamento, guarda-chuva, ou outros objectos; evitar certos alimentos ou bebidas.

a. Existem alguns objectos que transporta consigo, ou coisas que faz antes de sair que o ajudem a sentir-se mais calmo ou confortável?

b. O que é que você pensa que lhe poderá acontecer se for confrontado com uma das situações que geralmente evita? Crise Cardíaca, Ataque, Morte, Gritar, Enlouquecer, Perder o controle, Sentir-se embaraçado, etc.

c. O que é que faz habitualmente quando tem uma crise de pânico ou de ansiedade? Fuga, pede ajuda, aguenta, nunca vai a lugares que lhe causem ansiedade, etc.

d. Em relação às seguintes situações, especifique as flutuações da ansiedade no próprio local e até que distância consegue ir.

Especifique se melhor ou pior

Altura do Dia _____

Doença _____

Dia da semana _____

Grande Preocupação _____

Conflitos Interpessoais _____

Outros _____

e. Existe alguém junto do qual se sente protegido(a)? _____

Quem? _____

2. História e Evolução. Esta informação pode sobrepor-se à informação obtida na Perturbação de Pânico. Se houver sobreposição anote o local onde a informação pode ser encontrada

a. Quando é que começou a evitar essas situações?

b. Lembra-se da primeira vez em que sentiu que não conseguia enfrentar essas situações, ou que teve que sair delas?

SIM _____ NÃO _____ Quando _____

c. Onde estava? _____

d. Quem estava consigo? _____

e. Como é que se sentiu? Averigue a existência das crises de pânico

f. Se existiu pânico: já tinha anteriormente alguns sintomas de pânico?

SIM _____ NÃO _____ Quando _____

g. Existiam por essa altura preocupações graves na sua vida?

- h. Houve intervalos livres durante os quais conseguiu enfrentar essas situações sem sentir pânico, ou apesar de se sentir em pânico ultrapassou a situação? (verifique a existência de períodos de melhoria, agravamento e precipitantes)

| Período | O que é que sucedia na sua vida, o que é que fez para ultrapassar? | O que é que aconteceu quando voltou a piorar? |
|---------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ----- | ----- | ----- |

Se houve remissões, averigue o precipitante do episódio actual

- i. Como é que o problema recomeçou?

- j. Mal estar / Interferência

Como é que o problema interferiu com a sua vida, trabalho, família, actividades, etc?

Classifique a interferência _____

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------|--------|------------|----------|----------------|
| ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
| (Nenhuma) | (Leve) | (Moderada) | (Severa) | (Muito Severa) |

Nome _____ Data ____/____/____

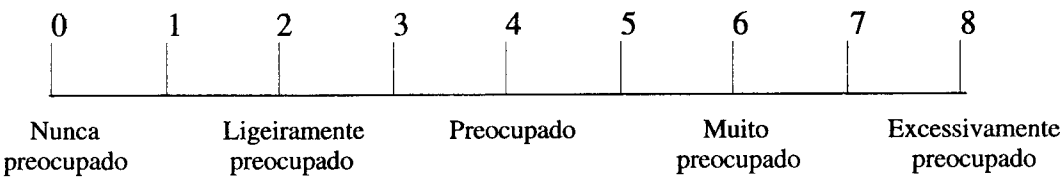
Escolha o número da escala abaixo que mostre o grau com que evita as situações descritas devido ao medo ou outros sentimentos desagradáveis. Escreva o número escolhido, correspondente a cada situação, no quadrado em frente.

| | | | | | | | | |
|----------------|------------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Nunca evito | Evito algumas vezes | | Evito muitas vezes | | Evito quase sempre | | Evito sempre | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Medo principal que deseja ser tratado (descrito por palavras suas) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Injecções ou pequenas operações cirúrgicas | <input type="checkbox"/> |
| 3. Comer ou beber acompanhado por outras pessoas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hospitais | <input type="checkbox"/> |
| 5. Viajar sozinho de autocarro ou camioneta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Andar sozinho em ruas movimentadas | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ser observado | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fazer compras em lojas cheias de gente | <input type="checkbox"/> |
| 9. Falar com pessoas importantes ou mais cultas | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ver sangue | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ser criticado | <input type="checkbox"/> |
| 12. Deslocar-se sozinho para longe de casa | <input type="checkbox"/> |
| 13. Pensar em feridas ou doenças | <input type="checkbox"/> |
| 14. Falar ou representar para uma audiência | <input type="checkbox"/> |
| 15. Grandes espaços abertos | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ir ao dentista | <input type="checkbox"/> |
| 17. Outra situação (descreva) | <input type="checkbox"/> |

AG. 5. 6. 8. 12. 15. ☐ SAN. 2. 4. 10. 13. 16. ☐ SOC. 3. 7. 9. 11. 14. ☐ Total ☐

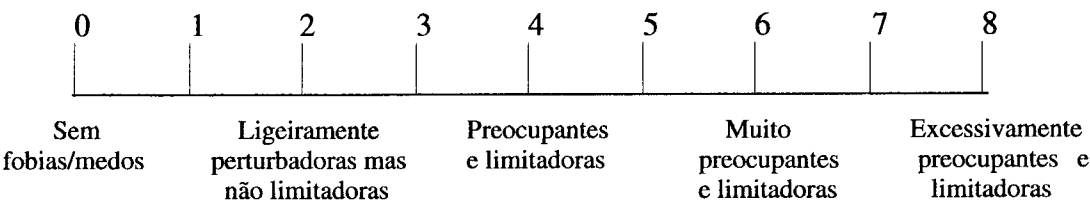
Escolha um nº da escala abaixo indicada que mostre quanto está preocupado(a) com as situações descritas e escreva-o no quadro correspondente.



| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 18. Sinto-me angustiado ou deprimido | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sinto-me irritado ou zangado | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sinto-me tenso ou em pânico frequente | <input type="checkbox"/> |
| 21. Com pensamentos perturbadores a invadirem-me a mente | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sensações de estranheza/irrealidade em relação ao ambiente ou a mim | <input type="checkbox"/> |
| 23. Outros sentimentos (descreva) | <input type="checkbox"/> |

24. Avalie o estado actual das suas fobias-medos na escala abaixo.

Assinale com um círculo o nº da escala de 0 a 8.



ESCALA DE BECK DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

NOME:

DATA:..... /..... /.....

Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não me sinto triste | <input type="checkbox"/> |
| Ando "neura" ou triste | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me "neura" e triste todo o tempo e não consigo evitá-lo | <input type="checkbox"/> |
| Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não estou demasiado pessimista e nem me sinto desencorajado em relação ao futuro | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me com medo do futuro | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro | <input type="checkbox"/> |
| Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas | <input type="checkbox"/> |
| Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não tenho a sensação de ter fracassado | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado | <input type="checkbox"/> |
| Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher) | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não me sinto descontente com nada em especial | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> |
| Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente | <input type="checkbox"/> |
| Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me descontente com tudo | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não me sinto culpado com nada em particular | <input type="checkbox"/> |
| Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me bastante culpado | <input type="checkbox"/> |
| Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada | <input type="checkbox"/> |
| Considero que sou mau e não valho absolutamente nada | <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo | <input type="checkbox"/> |
| Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que mereço ser castigado | <input type="checkbox"/> |
| Quero ser castigado | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------------------|--------------------------|
| Não me sinto descontente comigo | <input type="checkbox"/> |
| Estou desiludido comigo | <input type="checkbox"/> |
| Não gosto de mim | <input type="checkbox"/> |
| Estou bastante desgostoso comigo | <input type="checkbox"/> |
| Odeio-me | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa | <input type="checkbox"/> |
| Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros | <input type="checkbox"/> |
| Culpo-me das minhas próprias faltas..... | <input type="checkbox"/> |
| Acuso-me por tudo de mal que acontece | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo | <input type="checkbox"/> |
| Tenho, ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que seria melhor morrer | <input type="checkbox"/> |
| Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse | <input type="checkbox"/> |
| Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à minha vida | <input type="checkbox"/> |
| Matar-me-ia se tivesse oportunidade | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Actualmente não choro mais do que de costume | <input type="checkbox"/> |
| Choro agora mais do que costumava | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo | <input type="checkbox"/> |
| Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não ando agora mais irritado do que costumava | <input type="checkbox"/> |
| Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me permanentemente irritado | <input type="checkbox"/> |
| Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter | <input type="checkbox"/> |
| Perdi quase todo o interesse que tinha pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas | <input type="checkbox"/> |
| Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões | <input type="checkbox"/> |
| Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não acho que tenha pior aspecto do que costumava | <input type="checkbox"/> |
| Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente | <input type="checkbox"/> |
| Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente | <input type="checkbox"/> |
| Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar | <input type="checkbox"/> |
| Não consigo trabalhar tão bem como de costume | <input type="checkbox"/> |
| Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja | <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Consigo dormir tão bem como dantes | <input type="checkbox"/> |
| Acordo mais cansado de manhã do que era habitual | <input type="checkbox"/> |
| Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer | <input type="checkbox"/> |
| Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não me sinto mais cansado do que é habitual | <input type="checkbox"/> |
| Fico cansado com mais facilidade do que antigamente | <input type="checkbox"/> |
| Fico cansado quando faço seja o que for | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| O meu apetite é o mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> |
| O meu apetite não é tão bom como costumava ser | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente | <input type="checkbox"/> |
| Perdi por completo todo o apetite que tinha | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente | <input type="checkbox"/> |
| Perdi mais de 2,5 quilos de peso | <input type="checkbox"/> |
| Perdi mais de 5 quilos de peso | <input type="checkbox"/> |
| Perdi mais de 7,5 quilos de peso | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual | <input type="checkbox"/> |
| Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis | <input type="checkbox"/> |
| Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa | <input type="checkbox"/> |
| Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |
| Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |
| Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual | <input type="checkbox"/> |

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY)

1 - ESTADO DE ÂNIMO TRISTE

- 0. Não me sinto triste
- 1. Ando "neura" ou triste
- 2. Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- 2. Estou tão triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim
- 3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

2 - PESSIMISMO

- 0. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
- 1. Sinto-me com medo do futuro
- 2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- 2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- 3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

3 - SENTIMENTO DE FRACASSO

- 0. Não tenho a sensação de ter fracassado
- 1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- 2. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- 2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos
- 3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

4 - INSATISFAÇÃO

- 0. Não me sinto descontente com nada em especial
- 1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- 1. Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- 2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- 3. Sinto-me descontente com tudo

5 - SENTIMENTO DE CULPABILIDADE

- 0. Não me sinto culpado de nada em particular
- 1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- 2. Sinto-me bastante culpado
- 2. Agora sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- 3. Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada

6 - SENTIMENTO DE PUNIÇÃO

- 0. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- 1. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal
- 2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- 3. Sinto que mereço ser castigado
- 3. Quero ser castigado

7 - ÓDIO A SI MESMO

- 0. Não me sinto descontente comigo
- 1. Estou desiludido comigo mesmo
- 1. Não gosto de mim
- 2. Estou bastante desgostoso comigo
- 3. Odeio-me

8 - AUTO-ACUSAÇÕES

- 0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- 1. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- 2. Culpo-me das minhas próprias faltas
- 2. Acuso-me por tudo de mal que acontece

9 - DESEJOS SUICIDAS

- 0. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo
- 1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- 2. Sinto que seria melhor morrer
- 2. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- 2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
- 3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade

10 - CRISES DE CHORO

- 0. Actualmente não choro mais do que de costume
- 1. Choro agora mais do que costumava
- 2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

11 - IRRITABILIDADE

- 0. Não ando agora mais irritado do que de costume
- 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- 2. Sinto-me permanentemente irritado
- 3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

12 - AFASTAMENTO SOCIAL

- 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- 1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

13 - INCAPACIDADE DE DECISÃO

- 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- 1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
- 2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
- 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

14 - DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

- 0. Não acho que tenha pior aspecto do que de costume
- 1. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente
- 2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
- 3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

15 - INCAPACIDADE DE TRABALHAR

- 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- 1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
- 1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava
- 2. Tenho de despendir um grande esforço para fazer seja o que for
- 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

16 - PERTURBAÇÕES DO SONO (ACORDAR PRECOCE)

- 0. Consigo dormir tão bem como dantes
- 1. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
- 2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
- 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas

17 - FATIGABILIDADE

- 0. Não me sinto mais cansado do que é habitual
- 1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
- 2. Fico cansado quando faço seja o que for
- 3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

18 - PERDA DE APETITE

- 0. O meu apetite é o mesmo de sempre
- 1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- 3. Perdi completamente todo o apetite que tinha

19 - PERDA DE PESO

- 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum
- 1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso
- 2. Perdi mais de 5 quilos de peso
- 3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso

20 - HIPOCONDRIA

- 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- 1. Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo
- 2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
- 3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

21 - DIMINUIÇÃO DA LÍBIDO

- 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- 1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar
- 2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
- 3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

INVENTÁRIO MAUDSLEY DE OBSESSÕES E COMPULSÕES

(Hodgson e Rachman, 1977)

Nome _____ Idade _____ anos

Sexo _____ Habilitações _____

Estado Civil _____ Data _____ / _____ / _____

SOT

V

L

LP

DC

INSTRUÇÕES

Em relação a cada uma das questões seguintes, faça um círculo à volta do V ("Verdadeiro") ou do F ("Falso"), em função da resposta escolhida. Não há respostas certas ou erradas. Trabalhe rapidamente sem pensar demasiado no sentido exacto da cada questão.

VERDADEIRO

FALSO

1. Evito usar telefones públicos porque receio contaminar-me

(sujidade, micróbios, etc) V F

2. Tenho frequentemente "pensamentos feios" ou

desagradáveis e sinto dificuldade em livrar-me deles V F

3. Preocupo-me mais que as outras pessoas sobre a honestidade V F

4. É frequente atrasar-me por não conseguir despachar-me

a tempo das coisas que tenho para fazer V F

5. Se tocar num animal não fico preocupado com

receio de contaminação (sujidade, micróbios, etc) V F

6. Tenho frequentemente de verificar várias vezes se fiz bem as coisas

(se fechei as torneiras de gás ou de água, as portas, as gavetas, etc) V F

7. Sinto que tenho uma consciência demasiado rígida V F

8. Durante quase todo o dia sou incomodado por pensamentos

desagradáveis que me vêm à cabeça contra minha vontade V F

9. Não fico apreensivo ou preocupado se, por acaso, tocar em alguém V F

10. Fico quase sempre a duvidar se faço bem as coisas

(mesmo as mais simples) V F

11. Nenhum dos meus pais foi muito rígido ou exigente

durante a minha infância V F

12. Tenho tendência a demorar-me ou a atrasar-me no meu
trabalho por repetir as coisas várias vezes V F
13. Ao lavar-me, gasto a mesma quantidade de sabão que a
maioria das pessoas V F
14. Penso que alguns números dão azar V F
15. Tenho o cuidado de verificar várias vezes as cartas
antes de as colocar no correio V F
16. Não levo muito tempo a vestir-me de manhã V F
17. Não me preocupo demasiado com a limpeza V F
18. Um dos meus maiores problemas é prestar demasiada
atenção a pequenos pormenores sem importância V F
19. Utilizo, sem hesitação, quartos de banho públicos
se estiverem razoavelmente limpos V F
20. O meu maior problema é ter que verificar repetidas
vezes as coisas (e o que faço) V F
21. Não me preocupo excessivamente com germes e doenças V F
22. Não tenho tendência a verificar as coisas mais do que uma vez V F
23. Não me agarro a uma rotina rígida quando realizo as
minhas tarefas habituais V F
24. Não sinto as mãos sujas depois de tocar em dinheiro V F
25. Não utilizo contagens quando faço uma tarefa rotineira V F
26. Habitualmente demoro bastante tempo a lavar-me de manhã V F
27. Não tenho tendência a usar desinfetantes ou outros
produtos contra os germes V F
28. Passo uma grande parte do meu dia a dia a verificar se
as coisas estão bem..... V F
29. À noite, despir e arrumar a minha roupa não
me leva muito tempo..... V F
30. Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado,
. sinto que não está suficientemente bem feito V F

MOC

GRELHA DE COTAÇÃO

Pontuação 1 quando a resposta coincide com a grelha e 0 no caso contrário. O resultado máximo para as 5 escalas é, pois, respectivamente, de 30, 9, 11, 7 e 7.

| ITEMS | Score Obsessivo Total | Verificação | Limpeza | Lentidão Primária | Dúvida Consciência |
|-------|-----------------------|-------------|---------|-------------------|--------------------|
| 1 | V | | | | |
| 2 | V | V | | F | |
| 3 | V | | | | V |
| 4 | V | | V | V | |
| 5 | F | | F | | |
| 6 | V | V | | | |
| 7 | V | | | | V |
| 8 | V | V | | F | |
| 9 | F | | F | | |
| 10 | V | | | | V |
| 11 | F | | | | F |
| 12 | V | | | | V |
| 13 | F | | F | | |
| 14 | V | V | | | |
| 15 | V | V | | | |
| 16 | F | | | F | |
| 17 | F | | F | | |
| 18 | V | | | | V |
| 19 | F | | F | | |
| 20 | V | V | | | |
| 21 | F | | F | | |
| 22 | F | F | | | |
| 23 | F | | | F | |
| 24 | F | | F | | |
| 25 | F | | | F | |
| 26 | V | V | V | | |
| 27 | F | | F | | |

TESTE

LE GÔ

1. OS SINAIS CARDINAIS (1ª Linha)

- * A primeira linha compreende 3 sinais exteriores face (F) conjuntiva (C) e língua (L), avaliadas de 0 a 5 para cada um deles segundo uma tabela convencional de progressão cujo modelo é representado pelas ilustrações. Esta avaliação de 0 a 5 ilustra um processo evolutivo de substituição.
- * Aspecto normal da pele fresca, do brilho nacarado do olho, da superfície da língua.
- * Depois desaparecimento deste estado normal.
- * Por fim, aparecimento de tons de base de cores diversas mais ou menos estendidas sobre as quais se destacam elementos vasculares.
- * Esta linha comporta também 3 sinais de tremores: Ao nível da boca (B), da Língua (L) e das extremidades (E). As ilustrações mostram como é que estes 3 sinais devem ser procurados. Boca aberta em posição de emissão da letra A, língua de fora sem excesso, antebraço em semi-flexão sobre o braço, mão em pronação.
- * Avaliação de 0 a 5, segundo a amplitude de tremores.
- * Os sinais cardinais da grelha avaliada podem ser estabelecidos em alguns segundos.
- * A variação do total destes 6 sinais (de 0 a 30) aumenta ou diminui segundo o estado de impregnação do doente.
- * Na prática corrente, uma só grelha não é suficiente para diagnosticar com rigor o grau de impregnação, mas fornece um elemento de suspeita.
Num estudo que se debruçou sobre mais de um milhão de grelhas, verificou-se que os bebedores excessivos são os mais frequentemente não dependentes, quando a sua deterioração se estende entre 3 e 11 pontos da avaliação da grelha. Se a intoxicação continua, estes indivíduos tornam-se alcoólmans ao mesmo tempo que o total dos sinais cardinais se estende de 11 a 30 pontos.
Estes dados podem ser modelados à luz dos sinais complementares.

NOTA:

- Os sinais cardinais da grelha podem ser avaliados em alguns segundos.
- A constatação de um só sinal isolado, tem pouco valor para o despiste.
- Uma Grelha só pode fornecer um elemento de suspeição sobre a realidade da impregnação.



Anexo 11

Entrevista de Recordação de
Narrativas Protótipo

primeiro estudo

ENTREVISTA DE RECORDAÇÃO DE NARRATIVAS PROTÓTIPO

Óscar F. Gonçalves

Universidade do Minho

I PARTE: Recordação da Experiência

A: INTRODUÇÃO

Objectivo - Explicar ao sujeito o processo a seguir para a "Recordação da experiência inesquecível".

Processo - "Esta entrevista é constituída por dois momentos fundamentais. Na primeira parte vou-lhe pedir que recorde várias experiências importantes da sua vida. Durante esta recordação quero unicamente que esteja atento àquilo que se vai passando na sua mente, as diferentes imagens e sensações. Para que esta recordação seja facilitada vou-lhe pedir que ela decorra de olhos fechados, num estado de descontração e relaxamento. Não necessita de se preocupar se está a fazer as coisas correctamente ou não. Cada pessoa tem o seu próprio estilo e eu quero unicamente que se entregue de um modo relaxado à observação das imagens que lhe vão passando pela mente. Na segunda parte, e já de olhos abertos, vou pedir-lhe que responda a algumas questões acerca dessa experiência, tais como a descrição pormenorizada daquilo que se passou, o que é que pensou e sentiu, em que medida a experiência foi importante para si, etc, etc. Como já sabe, esta segunda parte será gravada, no entanto as suas respostas manter-se-ão no mais completo sigilo. Tem alguma questão antes de iniciarmos?"

B: INDUÇÃO

Objectivo - Fazer com que o sujeito esteja num estado de descontração e relaxamento facilitativo de um processo associativo nas suas representações.

Processo - Vou-lhe agora pedir que encontre uma posição confortável e relaxada. Diferentes pessoas têm diferentes modos e processos de encontrar um estado de relaxamento, e eu quero unicamente que encontre aquele que lhe é mais adequado e confortável. Vou pedir-lhe que vá deixando cair lentamente as pálpebras até que os olhos se fechem completamente (...) respire duas vezes profundamente para libertar a tensão, e repare como as suas pálpebras ficam mais pesadas em cada expiração (...) respire agora normalmente, deixando a boca entreaberta e sentindo o ar passar por entre

os lábios (...) inspire... expire... inspire... expire (...) deixe agora que todo o seu corpo relaxe profundamente (...) as mãos (...) os braços (...) a cabeça (...) o pescoço (...) os ombros e a parte superior das costas (...) o abdómen (...) as pernas (...) os pés (...).

C: REGRESSÃO TEMPORAL

Objectivo - Fazer com que o sujeito esteja capaz de recordar um maior número de experiências significativas, próximas e distantes.

Processo - Foque agora a sua atenção nas imagens e pensamentos que lhe vêm à mente e deixe que eles fluam livremente (...). Peço-lhe agora que utilize a minha voz como estímulo para recordar o passado e lembrar algumas experiências da sua vida. Começaremos com o dia de ontem e recuaremos tão longinquamente quanto possível. Comece por recordar alguma coisa que se passou consigo ontem (...) na última semana (...) no último mês (...) no último ano (...) três anos atrás (...) quando andava na escola secundária (...) quando andava no ciclo preparatório (...) quando andava na escola primária (...) antes de entrar para a escola (...).

D: SELECÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Objectivo - Permitir a identificação e desenvolvimento da experiência a ser posteriormente tratada no decurso da entrevista.

Processo - "De entre todas as experiências que lhe passaram pela memória, quero agora que selecione uma que lhe é particularmente importante. É possível que esteja neste momento a pensar em várias experiências mas procure unicamente seleccionar uma delas (...). Pode ser uma experiência que nunca quis esquecer, de que sempre se lembrará, que o marcou profundamente. Levante a mão para me indicar quando tiver seleccionado a experiência (...). Quero agora que recorde essa experiência o mais pormenorizada e vividamente possível (...). Comece por imaginar o lugar em que se encontrava (...) quem estava presente? (...). Veja se se pode lembrar exactamente daquilo que aconteceu (...) o que é que fez (...) disse (...) pensou (...) sentiu (...). Qual foi o resultado dessa experiência (...) continue com a recordação de modo a tê-la presente quanto possível (...)"

II PARTE: A Entrevista Clínica

A: IDENTIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Objectivo - Ajudar a transição com o "aqui e agora" da entrevista e assegurar a selecção de uma experiência concreta.

Processo - Continuando com a recordação na mente, quero que volte calmamente a esta sala. Vou contar de 4 a 1. Quando eu disser 4 comece a mexer os pés e as pernas; quando eu disser 3 pode mexer os braços e as mãos; quando eu disser 2 a face e o pescoço; quando eu disser 1 abra os olhos (...) 4... os pés e as pernas (...) 3... as mãos e os braços (...) 2...a cara e o pescoço (...) 1...os olhos. Diga-me então sucintamente qual foi a experiência que seleccionou. (O entrevistador deverá procurar aqui unicamente a identificação da experiência).

B: CONCRETIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Objectivo - Levar o sujeito a identificar e descrever os detalhes concretos da experiência seleccionada.

Processo - "Por favor descreva tão completamente quanto possível a experiência que seleccionou. O que é que se passou? (...) o que é que você disse ou fez? (...) o que é que as outras pessoas disseram ou fizeram (...) onde é que estava? (...). Qual era o contexto? (...)" . Faça frequentes questões com pedidos de clarificação e concretização; vá reflectindo e parafraseando os elementos centrais da comunicação do sujeito; termine com uma sumarização dos principais elementos concretos da experiência.

C: EXPLORAÇÃO DE RESPOSTAS INTERNAS EMOCIONAIS

Objectivo - Explorar no sujeito a identificação de respostas internas emocionais.

Processo - "Quais foram as suas principais sensações, sentimentos e emoções na altura? (...) Onde é que localiza essas emoções? (...) Procure agora reviver essas emoções (...) O que é que está a sentir? (...)". [Faça frequentes reflexões de sentimento e termine com uma sumarização daquilo que o sujeito disse a este nível].

D: EXPLORAÇÃO DAS RESPOSTAS INTERNAS COGNITIVAS

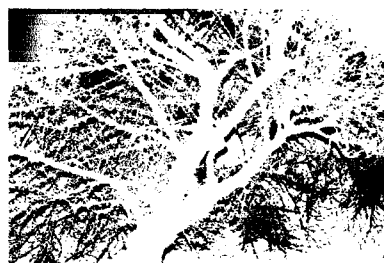
Objectivo - Explorar no sujeito a identificação de respostas internas cognitivas.

Processo - Em que é que pensou? (...) O que disse para si próprio? (...) Qual foi o seu diálogo interno? (...) Que imagens ou fantasias surgiram na altura? (...) [Faça frequentes reflexões de conteúdo e termine igualmente com uma sumarização].

E: FINALIZAÇÃO

Objectivo - Assegurar a transição entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária; obter comentários e opiniões adicionais.

Processo - "Tem alguns comentários a fazer em relação à experiência pela qual acabou de passar?"



Anexo 12

Declaração de consentimento

primeiro estudo

Estamos a solicitar a sua participação num estudo de investigação sobre o desenvolvimento, manutenção e tratamento dos transtornos emocionais.

Trata-se de um grupo de investigadores interessados em aprofundar o conhecimento científico naquele domínio, pelo que gostaríamos de saber se deseja participar no presente estudo, concedendo-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados vários instrumentos de avaliação psicológica e de diagnóstico, bem como realização de uma entrevista psicológica estruturada.

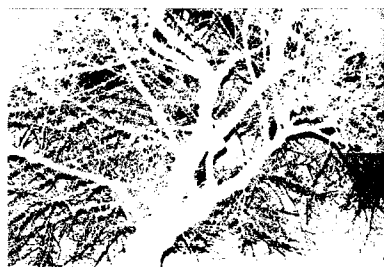
As suas respostas ou informações pessoais serão estritamente confidenciais e a sua participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso.

Código_____

Assinatura do Investigador

Assinatura do Voluntário

Data _____/_____/_____



Resultados da *Grounded Theory*

Anexo 13

Categorias emergentes por
narrativa pessoal significativa

Anexo 14

Categorias emergentes por
categoria gramatical narrativa

Anexo 15

Categorias hierárquicas

primeiro estudo

ANEXO 13 - CATEGORIAS EMERGENTES POR NARRATIVA PESSOAL SIGNIFICATIVA

NUDIST STAND-ALONE v.2.3.1 FOR MACINTOSH

Program & manual copyright of, and 'NUDIST' trade mark of
Replee P/L, Eltham, Victoria, Australia, 1985-92.

All enquiries to NUDIST Project,
Applied Computing Research Institute,
La Trobe University, Bundoora, Victoria 3083, Australia.
Phone 479-1311, Fax 470-4915
STD prefix (03), International prefix +61-3

LICENCE NUMBER: 20428

LICENSEE: oscar f goncalves

This file created on 1994 Sep 29, 1:27:15.

Patologia / Agorafobia

- (1) / contexto
- (2) / precipitante
- (3) / respostas internas
- (4) / objetivo
- (5) / acções
- (6) / resultado
- (7) / fim

ago 01

- (1 1) /contexto/ viagem de burro
- (2 1) /precipitante/ ordem da mãe
- (3 1) /respostas internas/ pena
- (3 2) /respostas internas/ medo
- (3 3) /respostas internas/ rancor
- (3 4) /respostas internas/ revolta
- (3 5) /respostas internas/ contrariada
- (3 6) /respostas internas/ deseja não ir
- (4 1) /objectivo/ não ir à escola
- (5 1) /acções/ pararam
- (5 2) /acções/ andaram aos figos
- (5 3) /acções/ pede ajuda
- (5 4) /acções/ volta acompanhada
- (6 1) /resultado/ perdeu a camioneta
- (6 2) /resultado/ punição da mãe
- (7 1) /fim/ satisfação por realizar desejo
- (7 2) /fim/ revolta contra educação rigorosa
- (7 3) /fim/ compreensão da atitude da mãe

ago 02

- (1 2) /contexto/ rua movimentada
- (2 2) /precipitante/ Falta de ar
- (3 2) /respostas internas/ medo
- (3 7) /respostas internas/ ansiedade
- (3 8) /respostas internas/ tensão
- (3 9) /respostas internas/ nervosismo
- (3 10) /respostas internas/ sensação de alheamento
- (3 11) /respostas internas/ desrealização
- (3 12) /respostas internas/ preocupação imagem de fraqueza
- (3 13) /respostas internas/ sugestionado
- (3 14) /respostas internas/ impressionado
- (4 2) /objectivo/ fugir para casa
- (4 3) /objectivo/ ultrapassar crise de pânico
- (5 5) /acções/ respirou muito rápido
- (5 6) /acções/ tremuras
- (5 7) /acções/ correu para casa
- (5 8) /acções/ deitou-se no sofá
- (5 9) /acções/ distrair-se
- (5 10) /acções/ tomou banho para relaxar
- (6 3) / resultado/chegou a casa
- (6 4) / resultado/alívio
- (6 5) / resultado/regularizou respiração
- (6 6) / resultado/medo que a crise recomeçasse
- (7 4) / fim/tomar consciência de uma dimensão de fraqueza
- (7 5) / fim/procura ultrapassar dificuldades

ago 03

- (1 3) /contexto/ ruas
- (2 3) /precipitante/ tem que ir sozinha para casa dos pais
- (3 15) /respostas internas/ vontade de fingir que lhe custava
- (3 16) /respostas internas/calma
- (3 17) /respostas internas/ pressentimento de que ia conseguir
- (3 18) /respostas internas/ pensou em alternativas de percurso
- (3 19) /respostas internas/ expectativa
- (3 20) /respostas internas/ despreocupada com a ansiedade
- (3 21) /respostas internas/ chocada
- (3 22) /respostas internas/ ofendida
- (3 23) /respostas internas/ dificuldade em arriscar ir de trólei
- (3 24) /respostas internas/ vantagem ser uma experiência diferente
- (4 4) /objectivo/ conseguir ir sozinha para casa dos pais
- (5 11) /acções/ refilou com o marido
- (5 12) /acções/ acusou marido de egoísta
- (5 13) /acções/ fez fita de que lhe custava ficar só
- (5 14) /acções/ escreveu bilhete ao marido a assustá-lo
- (5 15) /acções/ ficou sozinha em casa
- (5 16) /acções/ saiu para a rua
- (5 17) /acções/ visitou uma amiga
- (5 18) /acções/ apanhou trólei

- (5 19) /acções/ conversou com senhora do lado
- (6 3) /resultado/ chegou a casa
- (6 7) /resultado/ felicitou-se pelo triunfo
- (7 6) /fim/ compreensão tratamento de choque que o marido lhe fez
- (7 7) /fim/ sentimento de que é capaz

ago 04

- (1 4) /contexto/ hospital
- (1 5) /contexto/ capela mortuária
- (2 4) /precipitante/ doença e morte do pai
- (3 2) /respostas internas/ medo
- (3 4) /respostas internas/ revolta
- (3 9) /respostas internas/ nervosismo
- (3 14) /respostas internas/ impressionada
- (3 25) /respostas internas/ tristeza
- (3 26) /respostas internas/ refugiou-se numa ideia positiva
- (3 27) /respostas internas/ comovida
- (3 28) /respostas internas/ não querer assistir à morte do pai
- (3 29) /respostas internas/ horror
- (3 30) /respostas internas/ deprimida
- (3 31) /respostas internas/ sensação de aperto
- (3 32) /respostas internas/ sentiu-se sem pai
- (3 33) /respostas internas/ viu o mundo a desmoronar
- (3 34) /respostas internas/ pensou que o pai iria readquirir vida
- (4 5) /objectivo/ evitar ver o pai morrer
- (5 20) /acções/ correr para o hospital
- (5 21) /acções/ pedir e insistir para ver o pai
- (5 22) /acções/ tentou falar com o pai
- (5 23) /acções/ dar água ao pai
- (5 24) /acções/ visitar o pai diariamente
- (5 25) /acções/ recusar-se a ver o pai quando soube que ia morrer
- (5 26) /acções/ não conseguir despedir-se do pai quando ele chamou
- (5 27) /acções/ não conseguir falar ao receber a notícia da morte do pai
- (5 28) /acções/ gritar
- (5 29) /acções/ tentar levantar o pai do caixão
- (6 8) /resultado/ paralisou no meio da rua
- (6 9) /resultado/ desejou morrer
- (6 10) /resultado/ desejou ser enterrada com o pai
- (7 8) /fim/ evitamento de recordar o pai
- (7 9) /fim/ doença

ago 05

- (1 6) /contexto/ escola
- (2 5) /precipitante/ pai pede à professora para não a passar
- (3 2) /respostas internas/ medo
- (3 25) /respostas internas/ tristeza
- (3 35) /respostas internas/ confusão
- (3 36) /respostas internas/ desejo de passar de classe
- (3 37) /respostas internas/ aceitação da explicação do pai

- (3 38) /respostas internas/ orgulho do pai nela
- (3 39) /respostas internas/ felicidade pela atenção do pai
- (3 40) /respostas internas/ amor pai
- (3 41) /respostas internas/não se importou
- (4 6) /objectivo/ seguir os conselhos do pai
- (5 30) /acções/ entregar prova ao pai
- (5 31) /acções/ dizer ao pai que aceita reprovar
- (5 32) /acções/ esperar
- (5 33) /acções/ confirmar professora que não se importa de não passar
- (6 11) /resultado/ não passou de classe
- (6 12) /resultado /submeteu-se à vontade do pai
- (7 10) /fim/ gratidão apoio do pai
- (7 11) /fim/ felicidade em seguir o pai

ago 06

- (1 7) /contexto/ casa da prima
- (2 6) /precipitante/ mãe deixou-o em casa da prima
- (3 4) /respostas internas/ revolta
- (3 25) /respostas internas/ tristeza
- (3 42) /respostas internas/ abandono
- (3 43) /respostas internas/ desespero
- (3 44) /respostas internas /sentiu-se só
- (3 45) /respostas internas/ sentiu-se perdido
- (3 46) /respostas internas/ sentiu-se enganado
- (3 47) /respostas internas/ pressentiu estranheza no ambiente
- (3 48) /respostas internas/ raiva
- (3 49) /respostas internas/ desilusão
- (4 7) /objectivo/ não se separar da mãe
- (5 16) /acções /saiu para a rua
- (5 28) /acções/ gritar
- (5 34) /acções/ chorar
- (5 35) /acções/ chamar pela mãe
- (5 36) /acções/ correr para a porta
- (6 13) /resultado/ ficou em casa da prima sem a mãe
- (6 14) /resultado/distraíu-se e acalmou
- (7 12) /fim/ tomar consciência da separação

ago 07

- (1 8) /contexto/ escritório da namorada
- (2 7) /precipitante/ namorada fecha-lhe a porta na cara
- (3 4) /respostas internas/ revolta
- (3 8) /respostas internas/ tensão
- (3 21) /respostas internas/ chocado
- (3 30) /respostas internas/ deprimido
- (3 35) /respostas internas/ confusão
- (3 50) /respostas internas/ decepção
- (3 51) /respostas internas/ estupefacção
- (3 52) /respostas internas/ indignação

- (3 53) /respostas internas/ sentiu-se maltratado
- (3 54) /respostas internas/ culpabilidade
- (3 55) /respostas internas/ transtornado
- (4 8) /objectivo/ obter uma explicação da namorada
- (5 38) /acções/ não disse nada
- (5 39) /acções/ foi-se embora
- (5 40) /acções/ passear a pé
- (6 15) /resultado/ nunca obteve explicação
- (6 16) /resultado/ andou deprimido
- (7 13) /fim/ primeira das grandes tensões

ago 08

- (1 4) /contexto/ hospital
- (1 9) /contexto/ casa de amigos
- (2 8) /precipitante/ notícia do nascimento do filho
- (3 56) /respostas internas/ alegria
- (3 57) /respostas internas/ satisfação
- (3 58) /respostas internas/ felicidade
- (3 59) /respostas internas/ vida presa
- (4 9) /objectivo/ divulgar a notícia do nascimento do filho
- (5 41) /acções/ telefonar a dar a notícia
- (5 42) /acções/ visitar mulher e filho
- (5 43) /acções/ chorar de alegria
- (5 44) /acções/ pegar no bebé ao colo
- (6 17) /resultado/ período de alegria
- (7 14) /fim/ um dos dias mais felizes da vida

ago 09

- (1 10) /contexto/ viagem de comboio
- (2 9) /precipitante/ tomar conta de crianças
- (3 2) /respostas internas/ medo
- (3 8) /respostas internas/ tensão
- (3 19) /respostas internas/ expectativa
- (3 60) /respostas internas/ contentamento
- (3 61) /respostas internas/ receio
- (3 62) /respostas internas/ esperança
- (3 63) /respostas internas/ coragem
- (3 64) /respostas internas/ preocupação
- (3 65) /respostas internas/ aflição
- (3 66) /respostas internas/ tentou desconstrair-se
- (3 67) /respostas internas/ segurança
- (3 68) /respostas internas/ atenta
- (3 69) /respostas internas/ enervada
- (3 70) /respostas internas/ alívio
- (3 71) /respostas internas/ bem-estar
- (4 10) /objectivo/ fazer viagem sem problemas
- (5 45) /acções/ dizer que está tudo bem
- (5 46) /acções/ distrair a criança

- (5 47) /acções/ contar as estações
- (5 48) /acções/ identificar o casal
- (5 49) /acções/ arrumar e pegar nos sacos
- (6 4) /resultado/ alívio
- (6 18) /resultado/ chegou sem dificuldades
- (7 7) /fim/ sentimento de que é capaz
- (7 15) /fim/ modificação completa de si própria

ago 10

- (1 11) /contexto/casa
- (2 10) /precipitante/pai a chorar quando a mãe morreu
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 27) /respostas internas/comovida
- (3 29) /respostas internas/horror
- (3 64) /respostas internas/preocupação
- (3 65) /respostas internas/aflição
- (3 72) /respostas internas/medo de perder o pai
- (3 73) /respostas internas/insegurança
- (4 11) /objectivo/ter o pai bem
- (5 34) /acções/chorar
- (5 50) /acções/foi atrás do pai
- (5 51) /acções/agarrar-se ao pai
- (5 52) /acções/ir para o colo do pai
- (6 19) /resultado/pai prometeu que não chorava
- (7 16) /fim/perda do pai

ago 11

- (1 4) /contexto/hospital
- (2 11) /precipitante/parto filha
- (3 11) /respostas internas/desrealização
- (3 74) /respostas internas/dores
- (3 75) /respostas internas/não quer sofrer mais com a filha
- (3 76) /respostas internas/não se concebe como mãe
- (3 77) /respostas internas/sofrimento
- (3 78) /respostas internas/rejeita situação
- (4 12) /objectivo/despachar-se do parto
- (5 28) /acções/gritar
- (5 53) /acções/diz que não quer amamentar
- (5 54) /acções/não olhar para o berço
- (5 55) /acções/ficar quieta e deitada
- (6 20) /resultado/não foi capaz de ver a filha
- (7 17) /fim/condenação por não ter visto a filha
- (7 18) /fim/questiona porque é tudo tão mau consigo

ago 12

- (1 10) /contexto/viagem de comboio
- (2 12) /precipitante/retido na fronteira
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 4) /respostas internas/revolta
- (3 7) /respostas internas/ansiedade
- (3 9) /respostas internas/nervosismo
- (3 19) /respostas internas/expectativa
- (3 25) /respostas internas/tristeza
- (3 42) /respostas internas/abandono
- (3 44) /respostas internas/sentiu-se só
- (3 49) /respostas internas/desilusão
- (3 64) /respostas internas/preocupação
- (3 80) /respostas internas/desânimo
- (3 81) /respostas internas/estranheza
- (3 82) /respostas internas/sentiu-se tramado
- (3 83) /respostas internas/pensou que teve azar
- (3 84) /respostas internas/necessidade de remediar
- (4 13) /objectivo/emigrar para França
- (5 3) /acções/pede ajuda
- (5 56) /acções/convencer o guarda
- (5 57) /acções/dormir caserna de obras
- (5.58) /acções/voltar para trás
- (6 21) /resultado/regressou a Portugal
- (7 19) /fim/sentimento de orgulho
- (7 20) /fim/frustração por ter que adiar o seu sonho

ago 13

- (1 11) /contexto/casa
- (2 13) /precipitante/morte da avó
- (3 21) /respostas internas/chocada
- (3 44) /respostas internas/sentiu-se só
- (3 45) /respostas internas/sentiu-se perdida
- (3 85) /respostas internas/pressentimento que a avó tinha morrido
- (3 86) /respostas internas/sentiu-se aldrabada
- (3 87) /respostas internas/desejo de se despedir da avó
- (3 88) /respostas internas/desejo de guardar a avó
- (3 89) /respostas internas/sentiu que não tinha pai nem mãe
- (4 14) /objectivo/impedir que a avó desaparecesse
- (5 34) /acções/chorar
- (5 52) /acções/ir para o colo do pai
- (5 59) /acções/guardar os cabelos da avó numa caixa
- (5 60) /acções/dizer que mais valia ter morrido a mãe
- (6 22) /resultado/saudades da avó
- (6 23) /resultado/isolamento
- (7 21) /fim/tentar ser aquilo que a avó esperava dela
- (7 22) /fim/revolta contra os pais por não preencherem a perda e o vazio

ago 14

- (1 12) /contexto/baile
- (2 14) /precipitante/pressão para ir ao baile
- (3 4) /respostas internas/revolta
- (3 7) /respostas internas/ansiedade
- (3 9) /respostas internas/nervosismo
- (3 21) /respostas internas/chocado
- (3 27) /respostas internas/comovido
- (3 42) /respostas internas/abandono
- (3 44) /respostas internas/sentiu-se só
- (3 65) /respostas internas/aflição
- (3 90) /respostas internas/contraído
- (3 91) /respostas internas/inadaptado
- (3 92) /respostas internas/sem condições para competir
- (3 93) /respostas internas/sentiu-se gozado
- (3 94) /respostas internas/sem capacidade para enfrentar
- (3 95) /respostas internas/incompreendido
- (3 96) /respostas internas/ninguém ajudou
- (3 97) /respostas internas/injustiça
- (3 98) /respostas internas/sem culpa
- (3 99) /respostas internas/fantasia amorosa
- (3 100) /respostas internas/frustração
- (3 101) /respostas internas/ruminação sobre o baile
- (4 15) /objectivo/vencer desafio de ir ao baile
- (4 16) /objectivo/comportar-se como os outros
- (5 6) /acções/tremuras
- (5 7) /acções/correu para casa
- (5 61) /acções/conseguir arranjar-se
- (5 62) /acções/ir sozinho
- (5 63) /acções/comportamento desajeitado
- (5 64) /acções/tentar integrar-se
- (5 65) /acções/tentar evidenciar-se
- (5 66) /acções/parar de chamar a atenção
- (6 23) /resultado/isolamento
- (6 24) /resultado/não foi capaz de suportar a ansiedade
- (7 23) /fim/nunca conseguiu vencer o isolamento
- (7 24) /fim/medo excessivo de ter que dançar
- (7 25) /fim/acusação de que os outros estão errados

ago 15

- (1 13) /contexto/viagem de carro
- (2 15) /precipitante/despique de velocidade com outro carro
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 64) /respostas internas/preocupação
- (3 102) /respostas internas/irritação
- (3 103) /respostas internas/sentiu-se provocado
- (3 104) /respostas internas/perda de controle
- (3 105) /respostas internas/previsão do pior
- (3 106) /respostas internas/vontade de bater no outro
- (3 107) /respostas internas/só parcialmente culpado

- (4 17) /objectivo/ganhar a "luta" ao outro
- (5 67) /acções/buzinar
- (5 68) /acções/acelerar
- (5 69) /acções/ultrapassar o outro carro
- (5 70) /acções/virar com velocidade
- (5 71) /acções/travar em cima da curva
- (5 72) /acções/desafiar o outro
- (6 25) /resultado/acidente de automóvel
- (7 26) /fim/situação desagradável
- (7 27) /fim/vantagem de ficar mais consciente a conduzir

ago 16

- (1 14) /contexto/café
- (2 16) /precipitante/sedução de uma rapariga por desafio de um amigo
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 9) /respostas internas/nervosismo
- (3 25) /respostas internas/tristeza
- (3 60) /respostas internas/contentamento
- (3 108) /respostas internas/pensar que não iria conseguir
- (3 109) /respostas internas/envergonhado
- (3 110) /respostas internas/gostou dela
- (3 111) /respostas internas/orgulho por vencer o amigo
- (3 112) /respostas internas/insatisfação por ter sido fácil
- (3 113) /respostas internas/pensou que "estava no papo"
- (3 114) /respostas internas/dificuldade em enfrentar os pais dela
- (4 18) /objectivo/conquistar a rapariga
- (4 19) /objectivo/provar ao amigo que era capaz
- (5 6) /acções/tremuras
- (5 73) /acções/dirigiu-se à rapariga
- (5 74) /acções/pede à amiga para interceder
- (5 75) /acções/declarou-se à rapariga
- (5 76) /acções/prometeu mudar
- (5 77) /acções/deu-lhe a mão e beijou-a
- (6 26) /resultado/começou a namorar com a rapariga
- (7 28) /fim/foi fácil demais e as coisas fáceis não têm interesse

ago 17

- (1 11) /contexto/casa
- (2 17) /precipitante/carta do irmão a cortar relações com a família
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 21) /respostas internas/chocada
- (3 25) /respostas internas/tristeza
- (3 119) /respostas internas/espanto
- (3 120) /respostas internas/perplexidade
- (3 121) /respostas internas/não queria acreditar
- (3 122) /respostas internas/pensou contactar irmão
- (3 123) /respostas internas/desistiu
- (4 20) /objectivo/tentar resolver o problema

- (5 78) /acções/leu a carta uma vez
- (5 79) /acções/tentar dormir
- (5 80) /acções/telefonar ex-marido
- (5 81) /acções/entregar carta ao ex-marido
- (5 82) /acções/ouvir música
- (6 27) /resultado/não tomou nenhuma atitude
- (7 29) /fim/tristeza
- (7 30) /fim/tentou bloquear-se e esquecer

ago 18

- (1 15) /contexto/casa dos tios
- (2 18) /precipitante/partiu um pente
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 65) /respostas internas/aflição
- (3 79) /respostas internas/pensou que seria castigada
- (4 21) /objectivo/escapar ao castigo
- (5 83) /acções/dizer à avó que tinha partido o pente
- (5 84) /acções/mostrar pente à avó, sem olhar para ela
- (5 85) /acções/dizer que queria ir para casa do pai
- (5 86) /acções/despedir-se
- (5 87) /acções/ir-se embora a pé sozinha
- (6 28) /resultado/voltou para casa dos tios trazida pela avó
- (6 29) /resultado/ficou contente por avó dizer que guardava segredo
- (7 31) /fim/recorda com revolta e tristeza
- (7 32) /fim/é a única recordação que tem de infância



ago 19

- (1 11) /contexto/casa
- (2 19) /precipitante/descoberta de que o filho consumia droga
- (3 43) /respostas internas/desespero
- (3 55) /respostas internas/transtornada
- (3 62) /respostas internas/esperança
- (3 104) /respostas internas/perda de controle
- (3 124) /respostas internas/sensação de falta de ar
- (3 125) /respostas internas/exaltada
- (3 126) /respostas internas/desconfiança
- (3 127) /respostas internas/não acreditou
- (3 128) /respostas internas/pensou que o filho estava a mentir
- (3 129) /respostas internas/aniquilada
- (3 130) /respostas internas/pensou obcecadamente no problema
- (3 131) /respostas internas/pensou que tinha que lutar
- (3 132) /respostas internas/apeteceu-lhe desaparecer
- (3 133) /respostas internas/vontade que lhe dessem uma injeção para morrer
- (3 134) /respostas internas/sem motivação para nada
- (3 135) /respostas internas/desejo de que não fosse verdade
- (4 22) /objectivo/o filho deixar de se drogar
- (5 32) /acções/esperar
- (5 34) /acções/chorar

- (5 88) /acções/falar com o filho
- (5 89) /acções/insistir que lhe contasse a verdade
- (5 90) /acções/ameaçar que viria a saber
- (5 91) /acções/chamar-lhe a atenção
- (5 92) /acções/revistar o quarto do filho
- (5 93) /acções/verificar número de limões
- (6 30) /resultado/o filho continuou a consumir droga
- (6 31) /resultado/tentou distrair-se
- (6 32) /resultado/tomou um calmante
- (7 33) /fim/desencorajamento e desgaste
- (7 34) /fim/a partir daí foi-se muito abaixo
- (7 35) /fim/maior desgosto da sua vida

ago 20

- (1 3) /contexto/ruas
- (1 16) /contexto/casa de primos
- (2 20) /precipitante/ingestão de drogas
- (3 2) /respostas internas/medo
- (3 11) /respostas internas/desrealização
- (3 43) /respostas internas/desespero
- (3 74) /respostas internas/dores
- (3 136) /respostas internas/assustado
- (3 137) /respostas internas/sentia-se empurrado
- (3 138) /respostas internas/não conseguia parar de andar
- (3 139) /respostas internas/estafado
- (3 140) /respostas internas/sentiu-se agressivo
- (3 141) /respostas internas/pensou cerveja lhe tivesse parado a digestão
- (3 142) /respostas internas/pensou talvez ser do LSD misturado com o que fumou
- (3 143) /respostas internas/dúvidas sobre o que iria dizer aos primos
- (3 144) /respostas internas/teria que se aguentar sozinho
- (3 145) /respostas internas/sentiu falta dos pais
- (3 146) /respostas internas/estourado
- (4 23) /objectivo/conseguir que tudo voltasse ao normal
- (5 34) /acções/chorar
- (5 87) /acções/ir-se embora a pé sozinho
- (5 94) /acções/não falar com ninguém
- (5 95) /acções/afastar-se das pessoas
- (5 96) /acções/evitar ruas movimentadas
- (5 97) /acções/andar a pé sem parar
- (5 98) /acções/suar
- (5 99) /acções/comprar um gelado para melhorar
- (5 100) /acções/andar no quarto às voltas
- (5 101) /acções/atirar-se para cima da cama
- (6 33) /resultado/acordou na mesma
- (6 34) /resultado/pediu para ir ao hospital
- (6 35) /resultado/queria voltar para casa dos pais
- (7 36) /fim/tomar consciência do perigo
- (7 37) /fim/uma das coisas que mais o marcou

ago 21

- (1 4) /contexto/hospital
- (2 21) /precipitante/o nascimento do filho
- (3 7) /respostas internas/ansiedade
- (3 9) /respostas internas/nervosismo
- (3 16) /respostas internas/calma
- (3 58) /respostas internas/felicidade
- (3 64) /respostas internas/preocupação
- (3 147) /respostas internas/desejo de chegar o mais depressa possível
- (3 148) /respostas internas/dificuldade em assistir ao sofrimento da mulher
- (3 149) /respostas internas/incomodado com os gritos
- (3 150) /respostas internas/vontade de fazer companhia à mulher para não se sentir só
- (3 151) /respostas internas/receio que algo corresse mal
- (3 152) /respostas internas/descontracção
- (4 24) /objectivo/o parto correr bem e depressa
- (5 32) /acções/esperar
- (5 40) /acções/passear a pé
- (5 102) /acções/levar a mulher
- (5 103) /acções/perguntar se a mulher estava a ter dores
- (5 104) /acções/perguntou à mulher como se tinha sentido
- (5 105) /acções/quase não tocou no bebé por ser muito sensível
- (6 36) /resultado/o parto correu bem
- (6 37) /resultado/insatisfeito por estar pouco tempo com eles
- (7 38) /fim/frustração por não poder acompanhar mais o filho

ago 22

- (1 17) /contexto/igreja
- (2 22) /precipitante/cerimónia do casamento
- (3 9) /respostas internas/nervosismo
- (3 56) /respostas internas/alegria
- (3 58) /respostas internas/felicidade
- (3 60) /respostas internas/contentamento
- (3 153) /respostas internas/pensou que era cedo demais para ficar preso
- (3 154) /respostas internas/gostou de ver a sua noiva
- (3 155) /respostas internas/desejou que chegasse a noite
- (3 156) /respostas internas/queria tudo de bom para o futuro
- (3 157) /respostas internas/decidiu que iria ser infiel
- (3 158) /respostas internas/indignação pela noiva não estar com o "vestido de noiva"
- (4 25) /objectivo/casar
- (5 32) /acções/esperar
- (5 77) /acções/deu-lhe a mão e beijou-a
- (5 106) /acções/ir para a igreja
- (5 107) /acções/tirar fotografias
- (6 38) /resultado/correu tudo muito bem (sentiu-se muito bem)
- (7 39) /fim/alegria por gostarem um do outro

ago 23

- (1 18) /contexto/orfanato
- (2 23) /precipitante/internamento no orfanato
- (3 1) /respostas internas/pena
- (3 25) /respostas internas/tristeza
- (3 42) /respostas internas/abandono
- (3 43) /respostas internas/desespero
- (3 44) /respostas internas/sentiu-se só
- (3 93) /respostas internas/sentiu-se gozado
- (3 159) /respostas internas/angústia
- (3 160) /respostas internas/inibido
- (3 161) /respostas internas/subjugado a regras rígidas
- (3 162) /respostas internas/pensou que obedecer era a única solução
- (3 163) /respostas internas/saudades
- (3 164) /respostas internas/disse para si "adeus tia, acabou..."
- (3 165) /respostas internas/pressão e vazio na cabeça
- (3 166) /respostas internas/questionava-se porque estava ali
- (4 26) /objectivo/voltar para casa
- (5 34) /acções/chorar
- (5 108) /acções/vestir a bata
- (5 109) /acções/entrar na "prisão"
- (5 110) /acções/ir para o barracão
- (5 111) /acções/ficar sentado num canto
- (5 112) /acções/seguir o que os outros faziam
- (5 113) /acções/ir atrasado para a formatura
- (5 114) /acções/vomitare
- (6 39) /resultado/andou diariamente angustiado
- (6 40) /resultado/sentia a disciplina muito rígida
- (6 41) /resultado/vomitava frequentemente
- (7 40) /fim/não valia a pena ter nascido

ago 24

- (1 4) /contexto/hospital
- (2 24) /precipitante/internamento filho recém-nascido
- (3 7) /respostas internas/ansiedade
- (3 25) /respostas internas/tristeza
- (3 29) /respostas internas/horror
- (3 64) /respostas internas/preocupação
- (3 65) /respostas internas/aflição
- (3 70) /respostas internas/alívio
- (3 115) /respostas internas/confusa com o desleixo
- (3 116) /respostas internas/confiança nos médicos
- (3 117) /respostas internas/aborrecida por ver o filho com outras roupas
- (3 118) /respostas internas/ofensa por o marido não ter vontade de ver o filho
- (3 167) /respostas internas/sensação de vazio
- (3 168) /respostas internas/aborrecida com o ar indefeso do filho
- (3 169) /respostas internas/pena do bebé por ficar sem ninguém
- (3 170) /respostas internas/fez-lhe impressão deixá-lo
- (4 27) /objectivo/não deixar o filho sozinho

- (5 37) /acções/pediu à mãe para a substituir
- (5 115) /acções/esteve com ele na urgência
- (5 116) /acções/foi para casa descansar
- (5 117) /acções/visitou-o diariamente
- (5 118) /acções/telefonava

- (6 42) /resultado/o filho voltou para casa ao fim de seis dias
- (7 41) /fim/um grande susto que apanhou

ANEXO 14 - CATEGORIAS EMERGENTES POR CATEGORIA GRAMATICAL NARRATIVA

NUDIST STAND-ALONE v.2.3.1 FOR MACINTOSH

Program & manual copyright of, and 'NUDIST' trade mark of
Replee P/L, Eltham, Victoria, Australia, 1985-92.

All enquiries to NUDIST Project,
Applied Computing Research Institute,
La Trobe University, Bundoora, Victoria 3083, Australia.
Phone 479-1311, Fax 470-4915
STD prefix (03), International prefix +61-3

LICENCE NUMBER: 20428

LICENSEE: oscar f goncalves

This file created on 1994 Sep 29, 1:27:15.
.....

Patologia / Agorafobia

(1) CONTEXTO

(1 1) /contexto/ **viagem de burro**

This node indexes 1 document.

(1 2) /contexto/ **rua movimentada**

This node indexes 1 document.

(1 3) /contexto/ **ruas**

This node indexes 2 documents.

(1 4) /contexto/ **hospital**

This node indexes 5 documents.

(1 5) /contexto/ **capela mortuária**

This node indexes 1 document.

(1 6) /contexto/ **escola**

This node indexes 1 document.

(1 7) /contexto/ **casa da prima**

This node indexes 1 document.

(1 8) /contexto/ **escritório da namorada**

This node indexes 1 document.

(1 9) /contexto/ **casa de amigos**

This node indexes 1 document.

(1 10) /contexto/ **viagem de comboio**

This node indexes 2 document.

(1 11) /contexto/ **casa**

This node indexes 4 document.

(1 12) /contexto/ **baile**

This node indexes 1 document.

- (1 13) /contexto/ **viagem de carro**
This node indexes 1 document.

(1 14) /contexto/ **café**
This node indexes 1 document.

(1 15) /contexto/ **casa dos tios**
This node indexes 1 document.

(1 16) /contexto/ **casa de primos**
This node indexes 1 document.

(1 17) /contexto/ **igreja**
This node indexes 1 document.

(1 18) /contexto/ **orfanato**
This node indexes 1 document.

(2) ACONT. PRECIPITANTE

(2 1) /precipitante/ **ordem da mãe**
This node indexes 1 document.

(2 2) /precipitante/ **falta de ar**
This node indexes 1 document.

(2 3) /precipitante/ **tem que ir sozinha para casa dos pais**
This node indexes 1 document.

(2 4) /precipitante/ **doença e morte do pai**
This node indexes 1 document.

(2 5) /precipitante/ **pai pede à professora para não a passar**
This node indexes 1 document.

(2 6) /precipitante/ **mãe deixou-o em casa da prima**
This node indexes 1 document.

(2 7) /precipitante/ **namorada fecha-lhe a porta na cara**
This node indexes 1 document.

(2 8) /precipitante/ **notícia do nascimento do filho**
This node indexes 1 document.

(2 9) /precipitante/ **tomar conta de crianças**
This node indexes 1 document.

(2 10) /precipitante/ **pai a chorar quando a mãe morreu**
This node indexes 1 document.

(2 11) /precipitante/ **parto filha**
This node indexes 1 document.

(2 12) /precipitante/ **retido na fronteira**
This node indexes 1 document.

(2 13) /precipitante/ **morte da avó**
This node indexes 1 document.

(2 14) /precipitante/ **pressão para ir ao baile**

This node indexes 1 document.

- (2 15) /precipitante/ **despique de velocidade com outro carro**
This node indexes 1 document.
- (2 16) /precipitante/ **sedução de uma rapariga por desafio de um amigo**
This node indexes 1 document.
- (2 17) /precipitante/ **carta do irmão a cortar relações com a família**
This node indexes 1 document.
- (2 18) /precipitante/ **partiu um pente**
This node indexes 1 document.
- (2 19) /precipitante/ **descoberta de que o filho consumia droga**
This node indexes 1 document.
- (2 20) /precipitante/ **ingestão de drogas**
This node indexes 1 document.
- (2 21) /precipitante/ **o nascimento do filho**
This node indexes 1 document.
- (2 22) /precipitante/ **cerimónia do casamento**
This node indexes 1 document.
- (2 23) /precipitante/ **internamento no orfanato**
This node indexes 1 document.
- (2 24) /precipitante/ **internamento filho recém-nascido**
This node indexes 1 document.

(3) RESPOSTAS INTERNAS

- (3 1) /respostas internas/ **pena**
This node indexes 2 document.
- (3 2) /respostas internas/ **medo**
This node indexes 12 document.
- (3 3) /respostas internas/ **rancor**
This node indexes 1 document.
- (3 4) /respostas internas/ **revolta**
This node indexes 6 document.
- (3 5) /respostas internas/ **contrariada**
This node indexes 1 document.
- (3 6) /respostas internas/ **deseja não ir**
This node indexes 1 document.
- (3 7) /respostas internas/ **ansiedade**
This node indexes 5 document.
- (3 8) /respostas internas/ **tensão**
This node indexes 3 document.
- (3 9) /respostas internas/ **nervosismo**
This node indexes 7 document.

- (3 10) /respostas internas/ **sensação de alheamento**
This node indexes 1 document.
- (3 11) /respostas internas/ **desrealização**
This node indexes 3 document.
- (3 12) /respostas internas/ **preocupação imagem de fraqueza**
This node indexes 1 document.
- (3 13) /respostas internas/ **sugestionado**
This node indexes 1 document.
- (3 14) /respostas internas/ **impressionado**
This node indexes 2 document.
- (3 15) /respostas internas/ **vontade de fingir que lhe custava**
This node indexes 1 document.
- (3 16) /respostas internas/ **calma**
This node indexes 2 document.
- (3 17) /respostas internas/ **pressentimento de que ia conseguir**
This node indexes 1 document.
- (3 18) /respostas internas/ **pensou em alternativas de percurso**
This node indexes 1 document.
- (3 19) /respostas internas/ **expectativa**
This node indexes 3 document.
- (3 20) /respostas internas/ **despreocupada com a ansiedade**
This node indexes 1 document.
- (3 21) /respostas internas/ **chocada**
This node indexes 5 document.
- (3 22) /respostas internas/ **ofendida**
This node indexes 1 document.
- (3 23) /respostas internas/ **dificuldade em arriscar ir de trólei**
This node indexes 1 document.
- (3 24) /respostas internas/ **vantagem ser uma experiência diferente**
This node indexes 1 document.
- (3 25) /respostas internas/ **tristeza**
This node indexes 8 document.
- (3 26) /respostas internas/ **refugiou-se numa ideia positiva**
This node indexes 1 document.
- (3 27) /respostas internas/ **comovida**
This node indexes 3 document.
- (3 28) /respostas internas/ **não querer assistir à morte do pai**
This node indexes 1 document.
- (3 29) /respostas internas/ **horror**
This node indexes 3 document.
- (3 30) /respostas internas/ **deprimida**
This node indexes 2 document.

- (3 31) /respostas internas/ **sensação de aperto**
This node indexes 1 document.
- (3 32) /respostas internas/ **sentiu-se sem pai**
This node indexes 1 document.
- (3 33) /respostas internas/ **viu o mundo a desmoronar**
This node indexes 1 document.
- (3 34) /respostas internas/ **pensou que o pai iria readquirir vida**
This node indexes 1 document.
- (3 35) /respostas internas/ **confusão**
This node indexes 2 document.
- (3 36) /respostas internas/ **desejo de passar de classe**
This node indexes 1 document.
- (3 37) /respostas internas/ **aceitação da explicação do pai**
This node indexes 1 document.
- (3 38) /respostas internas/ **orgulho do pai nela**
This node indexes 1 document.
- (3 39) /respostas internas/ **felicidade pela atenção do pai**
This node indexes 1 document.
- (3 40) /respostas internas/ **amor pai**
This node indexes 1 document.
- (3 41) /respostas internas/ **não se importou**
This node indexes 1 document.
- (3 42) /respostas internas/ **abandono**
This node indexes 4 document.
- (3 43) /respostas internas/ **desespero**
This node indexes 4 document.
- (3 44) /respostas internas/ **sentiu-se só**
This node indexes 5 document.
- (3 45) /respostas internas/ **sentiu-se perdido**
This node indexes 2 document.
- (3 46) /respostas internas/ **sentiu-se enganado**
This node indexes 1 document.
- (3 47) /respostas internas/ **pressentiu estranheza no ambiente**
This node indexes 1 document.
- (3 48) /respostas internas/ **raiva**
This node indexes 1 document.
- (3 49) /respostas internas/ **desilusão**
This node indexes 2 document.
- (3 50) /respostas internas/ **decepção**
This node indexes 1 document.

- (3 51) /respostas internas/ **estupefacção**
This node indexes 1 document.
- (3 52) /respostas internas/ **indignação**
This node indexes 1 document.
- (3 53) /respostas internas/ **sentiu-se maltratado**
This node indexes 1 document.
- (3 54) /respostas internas/ **culpabilidade**
This node indexes 1 document.
- (3 55) /respostas internas/ **transtornado**
This node indexes 2 document.
- (3 56) /respostas internas/ **alegria**
This node indexes 2 document.
- (3 57) /respostas internas/ **satisfação**
This node indexes 1 document.
- (3 58) /respostas internas/ **felicidade**
This node indexes 3 document.
- (3 59) /respostas internas/ **vida presa**
This node indexes 1 document.
- (3 60) /respostas internas/ **contentamento**
This node indexes 3 document.
- (3 61) /respostas internas/ **receio**
This node indexes 1 document.
- (3 62) /respostas internas/ **esperança**
This node indexes 2 document.
- (3 63) /respostas internas/ **coragem**
This node indexes 1 document.
- (3 64) /respostas internas/ **preocupação**
This node indexes 6 document.
- (3 65) /respostas internas/ **aflição**
This node indexes 5 document.
- (3 66) /respostas internas/ **tentou descontrair-se**
This node indexes 1 document.
- (3 67) /respostas internas/ **segurança**
This node indexes 1 document.
- (3 68) /respostas internas/ **atenta**
This node indexes 1 document.
- (3 69) /respostas internas/ **enervada**
This node indexes 1 document.
- (3 70) /respostas internas/ **alívio**
This node indexes 2 document.

- (3 71) /respostas internas/ **bem-estar**
This node indexes 1 document.
- (3 72) /respostas internas/ **medo de perder o pai**
This node indexes 1 document.
- (3 73) /respostas internas/ **insegurança**
This node indexes 1 document.
- (3 74) /respostas internas/ **dores**
This node indexes 2 document.
- (3 75) /respostas internas/ **não quer sofrer mais com a filha**
This node indexes 1 document.
- (3 76) /respostas internas/ **não se concebe como mãe**
This node indexes 1 document.
- (3 77) /respostas internas/ **sofrimento**
This node indexes 1 document.
- (3 78) /respostas internas/ **rejeita situação**
This node indexes 1 document.
- (3 79) /respostas internas/ **pensou que seria castigada**
This node indexes 1 document.
- (3 80) /respostas internas/ **desânimo**
This node indexes 1 document.
- (3 81) /respostas internas/ **estranheza**
This node indexes 1 document.
- (3 82) /respostas internas/ **sentiu-se tramado**
This node indexes 1 document.
- (3 83) /respostas internas/ **pensou que teve azar**
This node indexes 1 document.
- (3 84) /respostas internas/ **necessidade de remediar**
This node indexes 1 document.
- (3 85) /respostas internas/ **pressentimento que a avó tinha morrido**
This node indexes 1 document.
- (3 86) /respostas internas/ **sentiu-se aldrabada**
This node indexes 1 document.
- (3 87) /respostas internas/ **desejo de se despedir da avó**
This node indexes 1 document.
- (3 88) /respostas internas/ **desejo de guardar a avó**
This node indexes 1 document.
- (3 89) /respostas internas/ **sentiu que não tinha pai nem mãe**
This node indexes 1 document.
- (3 90) /respostas internas/ **contraído**
This node indexes 1 document.

- (3 91) /respostas internas/ **inadaptado**
This node indexes 1 document.
- (3 92) /respostas internas/ **sem condições para competir**
This node indexes 1 document.
- (3 93) /respostas internas/ **sentiu-se gozado**
This node indexes 2 document.
- (3 94) /respostas internas/ **sem capacidade para enfrentar**
This node indexes 1 document.
- (3 95) /respostas internas/ **incompreendido**
This node indexes 1 document.
- (3 96) /respostas internas/ **ninguém ajudou**
This node indexes 1 document.
- (3 97) /respostas internas/ **injustiça**
This node indexes 1 document.
- (3 98) /respostas internas/ **sem culpa**
This node indexes 1 document.
- (3 99) /respostas internas/ **fantasias amorosas**
This node indexes 1 document.
- (3 100) /respostas internas/ **frustração**
This node indexes 1 document.
- (3 101) /respostas internas/ **ruminação sobre o baile**
This node indexes 1 document.
- (3 102) /respostas internas/ **irritação**
This node indexes 1 document.
- (3 103) /respostas internas/ **sentiu-se provocado**
This node indexes 1 document.
- (3 104) /respostas internas/ **perda de controle**
This node indexes 2 document.
- (3 105) /respostas internas/ **previsão do pior**
This node indexes 1 document.
- (3 106) /respostas internas/ **vontade de bater no outro**
This node indexes 1 document.
- (3 107) /respostas internas/ **só parcialmente culpado**
This node indexes 1 document.
- (3 108) /respostas internas/ **pensar que não iria conseguir**
This node indexes 1 document.
- (3 109) /respostas internas/ **envergonhado**
This node indexes 1 document.
- (3 110) /respostas internas/ **gostou dela**
This node indexes 1 document.

- (3 111) /respostas internas/ **orgulho por vencer o amigo**
This node indexes 1 document.
- (3 112) /respostas internas/ **insatisfação por ter sido fácil**
This node indexes 1 document.
- (3 113) /respostas internas/ **pensou que "estava no papo"**
This node indexes 1 document.
- (3 114) /respostas internas/ **dificuldade em enfrentar os pais dela**
This node indexes 1 document.
- (3 115) /respostas internas/ **confusa com o desleixo**
This node indexes 1 document.
- (3 116) /respostas internas/ **confiança nos médicos**
This node indexes 1 document.
- (3 117) /respostas internas/ **aborrecida por ver o filho com outras roupas**
This node indexes 1 document.
- (3 118) /respostas internas/ **ofensa por marido não ter vontade de ver o filho**
This node indexes 1 document.
- (3 119) /respostas internas/ **espanto**
This node indexes 1 document.
- (3 120) /respostas internas/ **perplexidade**
This node indexes 1 document.
- (3 121) /respostas internas/ **não queria acreditar**
This node indexes 1 document.
- (3 122) /respostas internas/ **pensou contactar irmão**
This node indexes 1 document.
- (3 123) /respostas internas/ **desistiu**
This node indexes 1 document.
- (3 124) /respostas internas/ **sensação de falta de ar**
This node indexes 1 document.
- (3 125) /respostas internas/ **exaltado**
This node indexes 1 document.
- (3 126) /respostas internas/ **desconfiança**
This node indexes 1 document.
- (3 127) /respostas internas/ **não acreditou**
This node indexes 1 document.
- 3 128) /respostas internas/ **pensou que o filho estava a mentir**
This node indexes 1 document.
- (3 129) /respostas internas/ **aniquilada**
This node indexes 1 document.
- (3 130) /respostas internas/ **pensou obcecadamente no problema**
This node indexes 1 document.

- (3 131) /respostas internas/ **pensou que tinha que lutar**
This node indexes 1 document.
- (3 132) /respostas internas/ **apeteceu-lhe desaparecer**
This node indexes 1 document.
- (3 133) /respostas internas/ **vontade de tomar uma injeção para morrer**
This node indexes 1 document.
- (3 134) /respostas internas/ **sem motivação para nada**
This node indexes 1 document.
- (3 135) /respostas internas/ **desejo de que não fosse verdade**
This node indexes 1 document.
- (3 136) /respostas internas/ **assustado**
This node indexes 1 document.
- (3 137) /respostas internas/ **sentia-se empurrado**
This node indexes 1 document.
- (3 138) /respostas internas/ **não conseguia parar de andar**
This node indexes 1 document.
- (3 139) /respostas internas/ **estafado**
This node indexes 1 document.
- (3 140) /respostas internas/ **sentiu-se agressivo**
This node indexes 1 document.
- (3 141) /respostas internas/ **pensou cerveja lhe tivesse parado a digestão**
This node indexes 1 document.
- (3 142) /respostas internas/ **pensou talvez ser do LSD misturado com o que fumou**
This node indexes 1 document.
- (3 143) /respostas internas/ **dúvidas sobre o que iria dizer aos primos**
This node indexes 1 document.
- (3 144) /respostas internas/ **teria que se aguentar sozinho**
This node indexes 1 document.
- (3 145) /respostas internas/ **sentiu falta dos pais**
This node indexes 1 document.
- (3 146) /respostas internas/ **estourado**
This node indexes 1 document.
- (3 147) /respostas internas/ **desejo de chegar o mais depressa possível**
This node indexes 1 document.
- (3 148) /respostas internas/ **difficuldade em assistir ao sofrimento da mulher**
This node indexes 1 document.
- (3 149) /respostas internas/ **incomodado com os gritos**
This node indexes 1 document.
- (3 150) /respostas internas/ **vontade acompanhar mulher para não se sentir só**
This node indexes 1 document.

- (3 151) /respostas internas/ **receio que algo corresse mal**
This node indexes 1 document.
- (3 152) /respostas internas/ **descontracção**
This node indexes 1 document.
- (3 153) /respostas internas/ **pensou que era cedo demais para ficar preso**
This node indexes 1 document.
- (3 154) /respostas internas/ **gostou de ver a sua noiva**
This node indexes 1 document.
- (3 155) /respostas internas/ **desejou que chegasse a noite**
This node indexes 1 document.
- (3 156) /respostas internas/ **queria tudo de bom para o futuro**
This node indexes 1 document.
- (3 157) /respostas internas/ **decidiu que iria ser infiel**
This node indexes 1 document.
- (3 158) /respostas internas/ **indignação por ela não estar com vestido de noiva**
This node indexes 1 document.
- (3 159) /respostas internas/ **angústia**
This node indexes 1 document.
- (3 160) /respostas internas/ **inibido**
This node indexes 1 document.
- (3 161) /respostas internas/ **subjugado a regras rígidas**
This node indexes 1 document.
- (3 162) /respostas internas/ **pensou que obedecer era a única solução**
This node indexes 1 document.
- (3 163) /respostas internas/ **saudades**
This node indexes 1 document.
- (3 164) /respostas internas/ **disse para si "adeus tia, acabou..."**
This node indexes 1 document.
- (3 165) /respostas internas/ **pressão e vazio na cabeça**
This node indexes 1 document.
- (3 166) /respostas internas/ **questionava-se porque estava ali**
This node indexes 1 document.
- (3 167) /respostas internas/ **sensação de vazio**
This node indexes 1 document.
- (3 168) /respostas internas/ **aborrecida com o ar indefeso do filho**
This node indexes 1 document.
- (3 169) /respostas internas/ **pena do bebé por ficar sem ninguém**
This node indexes 1 document.
- (3 170) /respostas internas/ **fez-lhe impressão deixá-lo**
This node indexes 1 document.

(4) **OBJECTIVO**

(4 1) /objectivo/ **não ir à escola**

This node indexes 1 document.

(4 2) /objectivo/ **fugir para casa**

This node indexes 1 document.

(4 3) /objectivo/ **ultrapassar crise de pânico**

This node indexes 1 document.

(4 4) /objectivo/ **conseguir ir sozinha para casa dos pais**

This node indexes 1 document.

(4 5) /objectivo/ **evitar ver o pai morrer**

This node indexes 1 document.

(4 6) /objectivo/ **seguir os conselhos do pai**

This node indexes 1 document.

(4 7) /objectivo/ **não se separar da mãe**

This node indexes 1 document.

(4 8) /objectivo/ **obter uma explicação da namorada**

This node indexes 1 document.

(4 9) /objectivo/ **divulgar a notícia do nascimento do filho**

This node indexes 1 document.

(4 10) /objectivo/ **fazer viagem sem problemas**

This node indexes 1 document.

(4 11) /objectivo/ **ter o pai bem**

This node indexes 1 document.

(4 12) /objectivo/ **despachar-se do parto**

This node indexes 1 document.

(4 13) /objectivo/ **emigrar para França**

This node indexes 1 document.

(4 14) /objectivo/ **impedir que a avó desaparecesse**

This node indexes 1 document.

(4 15) /objectivo/ **vencer desafio de ir ao baile**

This node indexes 1 document.

(4 16) /objectivo/ **comportar-se como os outros**

This node indexes 1 document.

(4 17) /objectivo/ **ganhar a "luta" ao outro**

This node indexes 1 document.

(4 18) /objectivo/ **conquistar a rapariga**

This node indexes 1 document.

(4 19) /objectivo/ **provar ao amigo que era capaz**

This node indexes 1 document.

(4 20) /objectivo/ **tentar resolver o problema**

This node indexes 1 document.

- (4 21) /objectivo/ **escapar ao castigo**
This node indexes 1 document.
- (4 22) /objectivo/ **o filho deixar de se drogar**
This node indexes 1 document.
- (4 23) /objectivo/ **conseguir que tudo voltasse ao normal**
This node indexes 1 document.
- (4 24) /objectivo/ **o parto correr bem e depressa**
This node indexes 1 document.
- (4 25) /objectivo/ **casar**
This node indexes 1 document.
- (4 26) /objectivo/ **voltar para casa**
This node indexes 1 document.
- (4 27) /objectivo/ **não deixar o filho sozinho**
This node indexes 1 document.

(5) ACÇÕES

- (5 1) /acções/ **pararam** This node indexes 1 document.
- (5 2) /acções/ **andaram aos figos** This node indexes 1 document.
- (5 3) /acções/ **pede ajuda** This node indexes 2 document.
- (5 4) /acções/ **volta acompanhada** This node indexes 1 document.
- (5 5) /acções/ **respirou muito rápido** This node indexes 1 document.
- (5 6) /acções/ **tremuras** This node indexes 3 document.
- (5 7) /acções/ **correu para casa** This node indexes 2 document.
- (5 8) /acções/ **deitou-se no sofá** This node indexes 1 document.
- (5 9) /acções/ **distrair-se** This node indexes 1 document.
- (5 10) /acções/ **tomou banho para relaxar** This node indexes 1 document.
- (5 11) /acções/ **refilou com o marido** This node indexes 1 document.
- (5 12) /acções/ **acusou marido de egoísta** This node indexes 1 document.

- (5 13) **/acções/ fez fita de que lhe custava ficar só**
 This node indexes 1 document.
- (5 14) **/acções/ escreveu bilhete ao marido a assustá-lo**
 This node indexes 1 document.
- 5 15) **/acções/ ficou sozinha em casa**
 This node indexes 1 document.
- (5 16) **/acções/ saiu para a rua**
 This node indexes 2 document.
- (5 17) **/acções/ visitou uma amiga**
 This node indexes 1 document.
- (5 18) **/acções/ apanhou trólei**
 This node indexes 1 document.
- (5 19) **/acções/ conversou com senhora do lado**
 This node indexes 1 document.
- (5 20) **/acções/ correr para o hospital**
 This node indexes 1 document.
- (5 21) **/acções/ pedir e insistir para ver o pai**
 This node indexes 1 document.
- (5 22) **/acções/ tentou falar com o pai**
 This node indexes 1 document.
- (5 23) **/acções/ dar água ao pai**
 This node indexes 1 document.
- (5 24) **/acções/ visitar o pai diariamente**
 This node indexes 1 document.
- (5 25) **/acções/ recusar-se a ver o pai quando soube que ia morrer**
 This node indexes 1 document.
- (5 26) **/acções/ não conseguir despedir-se do pai quando ele chamou**
 This node indexes 1 document.
- (5 27) **/acções/ não conseguir falar ao receber a notícia da morte do pai**
 This node indexes 1 document.
- (5 28) **/acções/ gritar**
 This node indexes 3 document.
- (5 29) **/acções/ tentar levantar o pai do caixão**
 This node indexes 1 document.
- (5 30) **/acções/ entregar prova ao pai**
 This node indexes 1 document.
- (5 31) **/acções/ dizer ao pai que aceita reprovar**
 This node indexes 1 document.
- (5 32) **/acções/ esperar**
 This node indexes 4 document.

- (5 33) /acções/ **confirmar professora que não se importa de não passar**
This node indexes 1 document.
- (5 34) /acções/ **chorar**
This node indexes 6 document.
- (5 35) /acções/ **chamar pela mãe**
This node indexes 1 document.
- (5 36) /acções/ **correr para a porta**
This node indexes 1 document.
- (5 37) /acções/ **pediu à mãe para a substituir**
This node indexes 1 document.
- (5 38) /acções/ **não disse nada**
This node indexes 1 document.
- (5 39) /acções/ **foi-se embora**
This node indexes 1 document.
- (5 40) /acções/ **passear a pé**
This node indexes 2 document.
- (5 41) /acções/ **telefonar a dar a notícia**
This node indexes 1 document.
- (5 42) /acções/ **visitar mulher e filho**
This node indexes 1 document.
- (5 43) /acções/ **chorar de alegria**
This node indexes 1 document.
- (5 44) /acções/ **pegar no bebé ao colo**
This node indexes 1 document.
- (5 45) /acções/ **dizer que está tudo bem**
This node indexes 1 document.
- (5 46) /acções/ **distrair a criança**
This node indexes 1 document.
- (5 47) /acções/ **contar as estações**
This node indexes 1 document.
- (5 48) /acções/ **identificar o casal**
This node indexes 1 document.
- (5 49) /acções/ **arrumar e pegar nos sacos**
This node indexes 1 document.
- (5 50) /acções/ **foi atrás do pai**
This node indexes 1 document.
- (5 51) /acções/ **agarrar-se ao pai**
This node indexes 1 document.
- (5 52) /acções/ **ir para o colo do pai**
This node indexes 2 document.
- (5 53) /acções/ **diz que não quer amamentar**
This node indexes 1 document.

- (5 54) /acções/ **não olhar para o berço**
This node indexes 1 document.
- (5 55) /acções/ **ficar quieta e deitada**
This node indexes 1 document.
- (5 56) /acções/ **convencer o guarda**
This node indexes 1 document.
- (5 57) /acções/ **dormir caserna de obras**
This node indexes 1 document.
- (5 58) /acções/ **voltar para trás**
This node indexes 1 document.
- (5 59) /acções/ **guardar os cabelos da avó numa caixa**
This node indexes 1 document.
- (5 60) /acções/ **dizer que mais valia ter morrido a mãe**
This node indexes 1 document.
- (5 61) /acções/ **conseguir arranjar-se**
This node indexes 1 document.
- (5 62) /acções/ **ir sozinha**
This node indexes 1 document.
- (5 63) /acções/ **comportamento desajeitado**
This node indexes 1 document.
- (5 64) /acções/ **tentar integrar-se**
This node indexes 1 document.
- (5 65) /acções/ **tentar evidenciar-se**
This node indexes 1 document.
- (5 66) /acções/ **parar de chamar a atenção**
This node indexes 1 document.
- (5 67) /acções/ **buzinar**
This node indexes 1 document.
- (5 68) /acções/ **acelerar**
This node indexes 1 document.
- (5 69) /acções/ **ultrapassar o outro carro**
This node indexes 1 document.
- (5 70) /acções/ **virar com velocidade**
This node indexes 1 document.
- (5 71) /acções/ **travar em cima da curva**
This node indexes 1 document.
- (5 72) /acções/ **desafiar o outro**
This node indexes 1 document.
- (5 73) /acções/ **dirigiu-se à rapariga**
This node indexes 1 document.

- (5 74) /acções/ **pede à amiga para interceder**
This node indexes 1 document.
- (5 75) /acções/ **declarou-se à rapariga**
This node indexes 1 document.
- (5 76) /acções/ **prometeu mudar**
This node indexes 1 document.
- (5 77) /acções/ **deu-lhe a mão e beijou-a**
This node indexes 2 document.
- (5 78) /acções/ **leu a carta uma vez**
This node indexes 1 document.
- (5 79) /acções/ **tentar dormir**
This node indexes 1 document.
- (5 80) /acções/ **telefonar ex-marido**
This node indexes 1 document.
- (5 81) /acções/ **entregar carta ao ex-marido**
This node indexes 1 document.
- (5 82) /acções/ **ouvir música**
This node indexes 1 document.
- (5 83) /acções/ **dizer à avó que tinha partido o pente**
This node indexes 1 document.
- (5 84) /acções/ **mostrar pente à avó, sem olhar para ela**
This node indexes 1 document.
- (5 85) /acções/ **dizer que queria ir para casa do pai**
This node indexes 1 document.
- (5 86) /acções/ **despedir-se**
This node indexes 1 document.
- (5 87) /acções/ **ir-se embora a pé sozinho**
This node indexes 2 document.
- (5 88) /acções/ **falar com o filho**
This node indexes 1 document.
- (5 89) /acções/ **insistir que lhe contasse a verdade**
This node indexes 1 document.
- (5 90) /acções/ **ameaçar que viria a saber**
This node indexes 1 document.
- (5 91) /acções/ **chamar-lhe a atenção**
This node indexes 1 document.
- (5 92) /acções/ **revistar o quarto do filho**
This node indexes 1 document.
- (5 93) /acções/ **verificar número de limões**
This node indexes 1 document.

- (5 94) /acções/ **não falar com ninguém**
This node indexes 1 document.
- (5 95) /acções/ **afastar-se das pessoas**
This node indexes 1 document.
- (5 96) /acções/ **evitar ruas movimentadas**
This node indexes 1 document.
- (5 97) /acções/ **andar a pé sem parar**
This node indexes 1 document.
- (5 98) /acções/ **suar**
This node indexes 1 document.
- (5 99) /acções/ **comprar um gelado para melhorar**
This node indexes 1 document.
- (5 100) /acções/ **andar no quarto às voltas**
This node indexes 1 document.
- (5 101) /acções/ **atirar-se para cima da cama**
This node indexes 1 document.
- (5 102) /acções/ **levar a mulher**
This node indexes 1 document.
- (5 103) /acções/ **perguntar se a mulher estava a ter dores**
This node indexes 1 document.
- (5 104) /acções/ **perguntou à mulher como se tinha sentido**
This node indexes 1 document.
- (5 105) /acções/ **quase não tocou no bebé por ser muito sensível**
This node indexes 1 document.
- (5 106) /acções/ **ir para a igreja**
This node indexes 1 document.
- (5 107) /acções/ **tirar fotografias**
This node indexes 1 document.
- (5 108) /acções/ **vestir a bata**
This node indexes 1 document.
- (5 109) /acções/ **entrar na "prisão"**
This node indexes 1 document.
- (5 110) /acções/ **ir para o barracão**
This node indexes 1 document.
- (5 111) /acções/ **ficar sentado num canto**
This node indexes 1 document.
- (5 112) /acções/ **seguir o que os outros faziam**
This node indexes 1 document.
- (5 113) /acções/ **ir atrasado para a formatura**
This node indexes 1 document.

- (5 114) **/acções/ vomitar**
This node indexes 1 document.
- (5 115) **/acções/ esteve com ele na urgência**
This node indexes 1 document.
- (5 116) **/acções/ foi para casa descansar**
This node indexes 1 document.
- (5 117) **/acções/ visitou-o diariamente**
This node indexes 1 document.
- (5 118) **/acções/ telefonava**
This node indexes 1 document.

(6) RESULTADO

- (6 1) **/resultado/ perdeu a camioneta**
This node indexes 1 document.
- (6 2) **/resultado/ punição da mãe**
This node indexes 1 document.
- (6 3) **/resultado/ chegou a casa**
This node indexes 2 document.
- (6 4) **/resultado/ alívio**
This node indexes 2 document.
- (6 5) **/resultado/ regularizou respiração**
This node indexes 1 document.
- (6 6) **/resultado/ medo que a crise recomeçasse**
This node indexes 1 document.
- (6 7) **/resultado/ felicitou-se pelo triunfo**
This node indexes 1 document.
- (6 8) **/resultado/ paralisou no meio da rua**
This node indexes 1 document.
- (6 9) **/resultado/ desejou morrer**
This node indexes 1 document.
- (6 10) **/resultado/ desejou ser enterrada com o pai**
This node indexes 1 document.
- (6 11) **/resultado/ não passou de classe**
This node indexes 1 document.
- (6 12) **/resultado/ submeteu-se à vontade do pai**
This node indexes 1 document.
- (6 13) **/resultado/ ficou em casa da prima sem a mãe**
This node indexes 1 document.

- (6 14) /resultado/ **distraíu-se e acalmou**
This node indexes 1 document.
- (6 15) /resultado/ **nunca obteve explicação**
This node indexes 1 document.
- (6 16) /resultado/ **andou deprimido**
This node indexes 1 document.
- (6 17) /resultado/ **período de alegria**
This node indexes 1 document.
- (6 18) /resultado/ **chegou sem dificuldades**
This node indexes 1 document.
- (6 19) /resultado/ **pai prometeu que não chorava**
This node indexes 1 document.
- (6 20) /resultado/ **não foi capaz de ver a filha**
This node indexes 1 document.
- (6 21) /resultado/ **regressou a Portugal**
This node indexes 1 document.
- (6 22) /resultado/ **saudades da avó**
This node indexes 1 document.
- (6 23) /resultado/ **isolamento**
This node indexes 2 document.
- (6 24) /resultado/ **não foi capaz de suportar a ansiedade**
This node indexes 1 document.
- (6 25) /resultado/ **acidente de automóvel**
This node indexes 1 document.
- (6 26) /resultado/ **começou a namorar com a rapariga**
This node indexes 1 document.
- (6 27) /resultado/ **não tomou nenhuma atitude**
This node indexes 1 document.
- (6 28) /resultado/ **voltou para casa dos tios trazida pela avó**
This node indexes 1 document.
- (6 29) /resultado/ **ficou contente por avó dizer que guardava segredo**
This node indexes 1 document.
- (6 30) /resultado/ **o filho continuou a consumir droga**
This node indexes 1 document.
- (6 31) /resultado/ **tentou distrair-se**
This node indexes 1 document.
- (6 32) /resultado/ **tomou um calmante**
This node indexes 1 document.
- (6 33) /resultado/ **acordou na mesma**
This node indexes 1 document.

- (6 34) /resultado/ **pediu para ir ao hospital**
This node indexes 1 document.
- (6 35) /resultado/ **queria voltar para casa dos pais**
This node indexes 1 document.
- (6 36) /resultado/ **o parto correu bem**
This node indexes 1 document.
- (6 37) /resultado/ **insatisfeito por estar pouco tempo com eles**
This node indexes 1 document.
- (6 38) /resultado/ **correu tudo muito bem (sentiu-se muito bem)**
This node indexes 1 document.
- (6 39) /resultado/ **andou diariamente angustiado**
This node indexes 1 document.
- (6 40) /resultado/ **sentia a disciplina muito rígida**
This node indexes 1 document.
- (6 41) /resultado/ **vomitava frequentemente**
This node indexes 1 document.
- (6 42) /resultado/ **o filho voltou para casa ao fim de seis dias**
This node indexes 1 document.
- (7) **FIM**
- (7 1) /fim/ **satisfação por realizar desejo**
This node indexes 1 document.
- (7 2) /fim/ **revolta contra educação rigorosa**
This node indexes 1 document.
- (7 3) /fim/ **compreensão da atitude da mãe**
This node indexes 1 document.
- (7 4) /fim/ **tomar consciência de uma dimensão de fraqueza**
This node indexes 1 document.
- (7 5) /fim/ **procura ultrapassar dificuldades**
This node indexes 1 document.
- (7 6) /fim/ **compreensão tratamento de choque que o marido lhe fez**
This node indexes 1 document.
- (7 7) /fim/ **sentimento de que é capaz**
This node indexes 2 document.
- (7 8) /fim/ **evitamento de recordar o pai**
This node indexes 1 document.
- (7 9) /fim/ **doença**
This node indexes 1 document.
- (7 10) /fim/ **gratidão apoio do pai**
This node indexes 1 document.

- (7 11) /fim/ **felicidade em seguir o pai**
This node indexes 1 document.
- (7 12) /fim/ **tomar consciência da separação**
This node indexes 1 document.
- (7 13) /fim/ **primeira das grandes tensões**
This node indexes 1 document.
- (7 14) /fim/ **um dos dias mais felizes da vida**
This node indexes 1 document.
- (7 15) /fim/ **modificação completa de si própria**
This node indexes 1 document.
- (7 16) /fim/ **perda do pai**
This node indexes 1 document.
- (7 17) /fim/ **condenação por não ter visto a filha**
This node indexes 1 document.
- (7 18) /fim/ **questiona porque é tudo tão mau consigo**
This node indexes 1 document.
- (7 19) /fim/ **sentimento de orgulho**
This node indexes 1 document.
- (7 20) /fim/ **frustração por ter que adiar o seu sonho**
This node indexes 1 document.
- (7 21) /fim/ **tentar ser aquilo que a avó esperava dela**
This node indexes 1 document.
- (7 22) /fim/ **revolta contra os pais por não preencherem a perda e o vazio**
This node indexes 1 document.
- (7 23) /fim/ **nunca conseguiu vencer o isolamento**
This node indexes 1 document.
- (7 24) /fim/ **medo excessivo de ter que dançar**
This node indexes 1 document.
- (7 25) /fim/ **acusação de que os outros estão errados**
This node indexes 1 document.
- (7 26) /fim/ **situação desagradável**
This node indexes 1 document.
- (7 27) /fim/ **vantagem de ficar mais consciente a conduzir**
This node indexes 1 document.
- (7 28) /fim/ **foi fácil demais e as coisas fáceis não têm interesse**
This node indexes 1 document.
- (7 29) /fim/ **tristeza**
This node indexes 1 document.
- (7 30) /fim/ **tentou bloquear-se e esquecer**
This node indexes 1 document.

- (7 31) /fim/ **recorda com revolta e tristeza**
This node indexes 1 document.
- (7 32) /fim/ **é a única recordação que tem de infância**
This node indexes 1 document.
- (7 33) /fim/ **desencorajamento e desgaste**
This node indexes 1 document.
- (7 34) /fim/ **a partir daí foi-se muito abaixo**
This node indexes 1 document.
- (7 35) /fim/ **maior desgosto da sua vida**
This node indexes 1 document.
- (7 36) /fim/ **tomar consciência do perigo**
This node indexes 1 document.
- (7 37) /fim/ **uma das coisas que mais o marcou**
This node indexes 1 document.
- (7 38) /fim/ **frustração por não poder acompanhar mais o filho**
This node indexes 1 document.
- (7 39) /fim/ **alegria por gostarem um do outro**
This node indexes 1 document.
- (7 40) /fim/ **não valia a pena ter nascido**
This node indexes 1 document.
- (7 41) /fim/ **um grande susto que apanhou**
This node indexes 1 document.

ANEXO 15 - CATEGORIAS HIERÁRQUICAS.

NUDIST STAND-ALONE v.2.3.1 FOR MACINTOSH

Program & manual copyright of, and 'NUDIST' trade mark of
Replee P/L, Eltham, Victoria, Australia, 1985-92.

All enquiries to NUDIST Project,
Applied Computing Research Institute,
La Trobe University, Bundoora, Victoria 3083, Australia.
Phone 479-1311, Fax 470-4915
STD prefix (03), International prefix +61-3

LICENCE NUMBER: 20428

LICENSEE: oscar f gonalves

This file created on 1994 Sep 29, 1:27:15.

Patologia / Agorafobia

- (1 1000) /contexto/ C.H.
- (2 1000) /precipitante/ C.H.
- (3 1000) /respostas internas/ C.H.
- (4 1000) /objectivo/ C.H.
- (5 1000) /acções/ C.H.
- (6 1000) /resultado/ C.H.
- (7 1000) /fim/ C.H.

The children nodes of these nodes are:

- (1 1000 1) /contexto/C.H./ deslocações hospital-casa
- (2 1000 1) /precipitante/C.H./ separação
- (2 1000 2) /precipitante/C.H./ desafio-risco
- (3 1000 1) /respostas internas/C.H./ medo
- (3 1000 2) /respostas internas/C.H./ aflição-choque
- (3 1000 3) /respostas internas/C.H./ insegurança - ansiedade
- (3 1000 4) /respostas internas/C.H./ perda do controle
- (3 1000 5) /respostas internas/C.H./ abandono
- (3 1000 6) /respostas internas/C.H./ tristeza - desespero
- (3 1000 7) /respostas internas/C.H./ ofensa
- (3 1000 8) /respostas internas/C.H./ revolta
- (3 1000 9) /respostas internas/C.H./ afirmação pessoal
- (4 1000 1) /objectivo/C.H./ garantir segurança
- (4 1000 2) /objectivo/C.H./ vencer-desafio
- (5 1000 1) /acções/C.H./ evitamento
- (5 1000 2) /acções/C.H./ tensão-choro
- (5 1000 3) /acções/C.H./ desafiar
- (5 1000 4) /acções/C.H./ busca de apoio
- (6 1000 1) /resultado/C.H./ insucesso e angústia
- (6 1000 2) /resultado/C.H./ regresso, acalmia, felicidade
- (7 1000 1) /fim/C.H./ tomar consciência da desgraça
- (7 1000 2) /fim/C.H./ sentimento de auto-competência

Node (1 1000 1) /contexto/C.H./deslocações hospital-casa:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (1 1) (1 2) (1 3) (1 10) (1 13) (1 4) (1 11) (1 7) (1 16) (1 15) (1 9) (1 8) (1 5) (1 6) (1 18) (1 12) (1 14) (1 17))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago03 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago06 | 6: ago07 | 7: ago08 | 8: ago09 |
| 9: ago10 | 10: ago11 | 11: ago12 | 12: ago13 |
| 13: ago14 | 14: ago15 | 15: ago16 | 16: ago17 |
| 17: ago18 | 18: ago19 | 19: ago20 | 20: ago21 |
| 21: ago22 | 22: ago23 | 23: ago24 | |

Node (2 1000 1) /precipitante/C.H./separação:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (2 4) (2 7) (2 6) (2 10) (2 11) (2 13) (2 17) (2 19) (2 23) (2 24))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|-----------|----------|----------|
| 1: ago04 | 2: ago06 | 3: ago07 | 4: ago10 |
| 5: ago11 | 6: ago13 | 7: ago17 | 8: ago19 |
| 9: ago23 | 10: ago24 | | |

Node (2 1000 2) /precipitante/C.H./desafio-risco:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (2 1) (2 2) (2 3) (2 5) (2 8) (2 9) (2 12) (2 14) (2 15) (2 16) (2 18) (2 20) (2 21) (2 22))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago03 | 4: ago05 |
| 5: ago08 | 6: ago09 | 7: ago12 | 8: ago14 |
| 9: ago15 | 10: ago16 | 11: ago18 | 12: ago20 |
| 13: ago21 | 14: ago22 | | |

Node (3 1000 1) /respostas internas/C.H./medo:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 2) (3 61) (3 72) (3 151))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago09 | 6: ago10 | 7: ago12 | 8: ago15 |
| 9: ago16 | 10: ago17 | 11: ago18 | 12: ago20 |
| 13: ago21 | | | |

Node (3 1000 2) /respostas internas/C.H./aflição-choque:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 65) (3 64) (3 21) (3 29) (3 27) (3 14) (3 51) (3 117) (3 119) (3 120) (3 121) (3 135)
(3 136) (3 148) (3 149))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago03 | 3: ago04 | 4: ago07 |
| 5: ago09 | 6: ago10 | 7: ago12 | 8: ago13 |
| 9: ago14 | 10: ago15 | 11: ago17 | 12: ago18 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago21 | 16: ago24 |

Node (3 1000 3) /respostas internas/C.H./insegurança - ansiedade:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 73) (3 7) (3 8) (3 9) (3 19) (3 12) (3 23) (3 28) (3 31) (3 33) (3 45) (3 47) (3 54) (3 69)
(3 76) (3 81) (3 91) (3 92) (3 93) (3 94) (3 90) (3 108) (3 109) (3 115) (3 114) (3 124) (3 141) (3 142)
(3 143) (3 74) (3 147) (3 155) (3 160) (3 159) (3 162) (3 165) (3 66))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago03 | 3: ago04 | 4: ago06 |
| 5: ago07 | 6: ago09 | 7: ago10 | 8: ago11 |
| 9: ago12 | 10: ago13 | 11: ago14 | 12: ago16 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago21 | 16: ago22 |
| 17: ago23 | 18: ago24 | | |

Node (3 1000 4) /respostas internas/C.H./perda do controle:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 10) (3 11) (3 13) (3 35) (3 46) (3 55) (3 86) (3 101) (3 104) (3 123) (3 126) (3 1289)
(3 127) (3 130) (3 137) (3 138) (3 139) (3 146) (3 166))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago05 | 3: ago06 | 4: ago07 |
| 5: ago11 | 6: ago13 | 7: ago14 | 8: ago15 |
| 9: ago17 | 10: ago19 | 11: ago20 | 12: ago23 |

Node (3 1000 5) /respostas internas/C.H./abandono:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 42) (3 44) (3 32) (3 87) (3 88) (3 89) (3 95) (3 96) (3 145) (3 163) (3 164) (3 167)
(3 170))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: ago04 | 2: ago06 | 3: ago12 | 4: ago13 |
| 5: ago14 | 6: ago20 | 7: ago23 | 8: ago24 |

Node (3 1000 6) /respostas internas/C.H./tristeza - desespero:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 25) (3 43) (3 1) (3 30) (3 49) (3 50) (3 77) (3 80) (3 85) (3 100) (3 112) (3 105) (3 129)
(3 132) (3 133) (3 134) (3 168) (3 169))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago04 | 3: ago05 | 4: ago06 |
| 5: ago07 | 6: ago11 | 7: ago12 | 8: ago13 |
| 9: ago14 | 10: ago15 | 11: ago16 | 12: ago17 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago23 | 16: ago24 |

Node (3 1000 7) /respostas internas/C.H./ofensa:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 22) (3 3) (3 52) (3 53) (3 79) (3 82) (3 118) (3 158))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: ago01 | 2: ago03 | 3: ago07 | 4: ago12 |
| 5: ago18 | 6: ago22 | 7: ago24 | |

Node (3 1000 8) /respostas internas/C.H./revolta:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 4) (3 5) (3 6) (3 48) (3 59) (3 75) (3 34) (3 83) (3 97) (3 98) (3 102) (3 103) (3 106)
(3 107) (3 125) (3 140) (3 153) (3 161))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago04 | 3: ago06 | 4: ago07 |
| 5: ago08 | 6: ago11 | 7: ago12 | 8: ago14 |
| 9: ago15 | 10: ago19 | 11: ago20 | 12: ago22 |
| 13: ago23 | | | |

Node (3 1000 9) /respostas internas/C.H./afirmação pessoal:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (3 17) (3 15) (3 16) (3 18) (3 20) (3 24) (3 26) (3 36) (3 38) (3 39) (3 37) (3 40) (3 41) (3 56)
(3 57) (3 58) (3 60) (3 62) (3 63) (3 67) (3 68) (3 70) (3 71) (3 78) (3 84) (3 99) (3 110) (3 111) (3 113)
(3 116) (3 122) (3 131) (3 144) (3 150) (3 152) (3 154) (3 156) (3 157))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago03 | 2: ago04 | 3: ago05 | 4: ago08 |
| 5: ago09 | 6: ago11 | 7: ago12 | 8: ago14 |
| 9: ago16 | 10: ago17 | 11: ago19 | 12: ago20 |
| 13: ago21 | 14: ago22 | 15: ago24 | |

Node (4 1000 1) /objetivo/C.H./vencer-desafio:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (4 1) (4 2) (4 3) (4 5) (4 6) (4 7) (4 9) (4 11) (4 12) (4 14) (4 16) (4 21) (4 22) (4 23) (4 24)
(4 25) (4 26) (4 27) (4 8))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago06 | 6: ago07 | 7: ago08 | 8: ago10 |
| 9: ago11 | 10: ago13 | 11: ago14 | 12: ago18 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago21 | 16: ago22 |
| 17: ago23 | 18: ago24 | | |

Node (4 1000 2) /objetivo/C.H./vencer-desafio:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (4 4) (4 10) (4 13) (4 15) (4 17) (4 18) (4 19) (4 20))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1: ago03 | 2: ago09 | 3: ago12 | 4: ago14 |
| 5: ago15 | 6: ago16 | 7: ago17 | |

Node (5 1000 1) /acções/C.H./evitamento:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (5 32) (5 1) (5 2) (5 8) (5 9) (5 10) (5 82) (5 79) (5 116) (5 26) (5 27) (5 38) (5 55) (5 105)
(5 46) (5 94) (5 95) (5 96) (5 110) (5 111) (5 58) (5 84) (5 85) (5 40) (5 97) (5 66) (5 99) (5 100) (5 54)
(5 60) (5 113) (5 7))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago07 | 6: ago09 | 7: ago11 | 8: ago12 |
| 9: ago13 | 10: ago14 | 11: ago17 | 12: ago18 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago21 | 16: ago22 |
| 17: ago23 | 18: ago24 | | |

Node (5 1000 2) /acções/C.H./tensão-choro:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (5 34) (5 6) (5 28) (5 5) (5 43) (5 63) (5 98) (5 114))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago04 | 3: ago06 | 4: ago08 |
| 5: ago10 | 6: ago11 | 7: ago13 | 8: ago14 |
| 9: ago16 | 10: ago19 | 11: ago20 | 12: ago23 |

Node (7 1000 1) /fim/C.H./tomar consciência da desgraça:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (7 4) (7 2) (7 8) (7 9) (7 12) (7 13) (7 16) (7 17) (7 18) (7 20) (7 22) (7 23) (7 24) (7 26)
(7 27) (7 29) (7 30) (7 31) (7 32) (7 33) (7 34) (7 35) (7 36) (7 37) (7 38) (7 25) (7 40) (7 41))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago04 | 4: ago06 |
| 5: ago07 | 6: ago10 | 7: ago11 | 8: ago12 |
| 9: ago13 | 10: ago14 | 11: ago15 | 12: ago17 |
| 13: ago18 | 14: ago19 | 15: ago20 | 16: ago21 |
| 17: ago23 | 18: ago24 | | |

Node (7 1000 2) /fim/C.H./sentimento de auto-competência:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (7 1) (7 3) (7 5) (7 6) (7 7) (7 10) (7 11) (7 14) (7 15) (7 19) (7 21) (7 28) (7 39))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|----------|-----------|----------|----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago03 | 4: ago05 |
| 5: ago08 | 6: ago09 | 7: ago12 | 8: ago13 |
| 9: ago16 | 10: ago22 | | |

Node (5 1000 3) /ações/C.H./desafiar:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (5 11) (5 12) (5 13) (5 14) (5 15) (5 16) (5 18) (5 25) (5 29) (5 39) (5 45) (5 47) (5 48) (5 49)
(5 53) (5 57) (5 61) (5 62) (5 65) (5 67) (5 68) (5 69) (5 70) (5 71) (5 72) (5 73) (5 75) (5 77) (5 78) (5 81)
(5 86) (5 87) (5 90) (5 92) (5 93) (5 101) (5 106) (5 107) (5 108) (5 109))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago03 | 2: ago04 | 3: ago06 | 4: ago07 |
| 5: ago09 | 6: ago11 | 7: ago12 | 8: ago14 |
| 9: ago15 | 10: ago16 | 11: ago17 | 12: ago18 |
| 13: ago19 | 14: ago20 | 15: ago22 | 16: ago23 |

Node (5 1000 4) /ações/C.H./busca de apoio:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (5 3) (5 4) (5 17) (5 19) (5 20) (5 21) (5 22) (5 23) (5 24) (5 30) (5 31) (5 33) (5 35) (5 36)
(5 41) (5 42) (5 44) (5 50) (5 51) (5 52) (5 56) (5 59) (5 64) (5 76) (5 80) (5 83) (5 88) (5 89) (5 91)
(5 102) (5 103) (5 104) (5 112) (5 115) (5 117) (5 118) (5 37) (5 74))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago03 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago06 | 6: ago08 | 7: ago10 | 8: ago12 |
| 9: ago13 | 10: ago14 | 11: ago16 | 12: ago17 |
| 13: ago18 | 14: ago19 | 15: ago21 | 16: ago23 |
| 17: ago24 | | | |

Node (6 1000 1) /resultado/C.H./insucesso e angústia:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (6 2) (6 6) (6 8) (6 9) (6 10) (6 11) (6 13) (6 15) (6 16) (6 20) (6 22) (6 23) (6 24) (6 25)
(6 27) (6 30) (6 33) (6 34) (6 37) (6 39) (6 40) (6 41) (6 35))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago01 | 2: ago02 | 3: ago04 | 4: ago05 |
| 5: ago06 | 6: ago07 | 7: ago11 | 8: ago13 |
| 9: ago14 | 10: ago15 | 11: ago17 | 12: ago19 |
| 13: ago20 | 14: ago21 | 15: ago23 | |

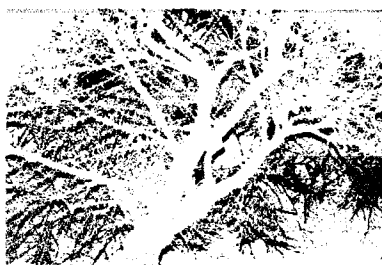
Node (6 1000 2) /resultado/C.H./regresso, acalmia, felicidade:

This node was built using the node-builder:

(UNION-OF (6 3) (6 4) (6 5) (6 7) (6 12) (6 14) (6 17) (6 18) (6 19) (6 21) (6 21) (6 28) (6 29) (6 31)
(6 32) (6 36) (6 38) (6 42))

Documents indexed by this node are:

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1: ago02 | 2: ago03 | 3: ago05 | 4: ago06 |
| 5: ago08 | 6: ago09 | 7: ago10 | 8: ago12 |
| 9: ago18 | 10: ago19 | 11: ago21 | 12: ago22 |
| 13: ago24 | | | |



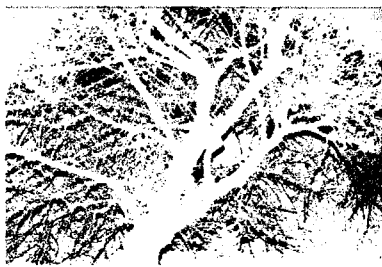
Anexo 16

Panorâmica do conjunto de
características demográficas e
índices psicopatológicos

primeiro estudo

Panorâmica do conjunto de características demográficas e índices psicopatológicos da amostra.

| ESTADO CIVIL | ESCOLA-RIDADE | GRAFFAR | QM-AG (•25) | BDI (•10) | MOC (•10) | LEGÔ (•13) |
|--------------|---------------|---------|-------------|-----------|-----------|------------|
| Casada | 11° A | III | 8 | 14 | 22 | 0 |
| Solteiro | C.Sup. | I | 16 | 13 | 9 | 0 |
| Casada | C.Sup. | I | 21 | ? | 8 | 0 |
| Casada | 12 ° A | II | 23 | 17 | 10 | 0 |
| Divorciada | 4° A | V | 29 | 35 | 12 | 0 |
| Solteiro | 5° C.Sup. | III | 30 | 3 | 2 | 0 |
| Casado | C.Sup. | I | 33 | 16 | 2 | 0 |
| Casado | 11° A | II | 29 | 8 | 1 | 0 |
| Casada | 11° A | II | 32 | 15 | 12 | 0 |
| Casada | 11° A | II | 11 | 17 | 10 | 0 |
| Casada | 9° A | III | 12 | 24 | 6 | 0 |
| Casado | 9° A | III | 5 | 15 | 6 | 0 |
| Casada | C.Sup. | II | 18 | 5 | 4 | 0 |
| Casado | 6° A | III | 5 | 15 | 9 | 0 |
| Solteiro | 7° A | III | 0 | 9 | 14 | 0 |
| ? | ? | ? | 11 | 13 | 9 | 0 |
| Casada | C.Sup. | I | 40 | 26 | 10 | 0 |
| Casada | 6° A | IV | 8 | 31 | 23 | 0 |
| Solteira | 4° A | IV | 13 | 34 | 13 | 0 |
| Casado | 10° A | II | 28 | 13 | 6 | 0 |
| Casado | C.Sup. | I | 12 | 4 | 7 | 0 |
| Casado | 4° A | IV | 18 | 18 | 18 | 0 |
| Casado | 11° A | II | 9 | 9 | 11 | 0 |
| Casada | 12° A | II | 28 | 21 | 10 | 0 |



Anexo 17

Questionário de Avaliação da
Narrativa Protótipo da Agorafobia

segundo estudo

Projecto de Investigação

JNICT PCSH/C/PSI/267/91

O. F. Gonçalves, A. Alves, I. Soares, Z. Duarte, A. Maia, & M. Henriques

Idade _____ Sexo _____

Profissão _____

Habilitações _____

Anos de evolução do problema _____

Tempo de tratamento _____

Número de internamentos _____

A narrativa que acaba de ler é uma história construída que é possível que nunca se tenha passado consigo. No entanto, há histórias que, embora não nos tenham acontecido, poderiam todavia ter feito parte da nossa vida, não só pelo acontecimento em si, mas pelas nossas reacções e sentimentos nessas situações.

Em relação à narrativa que acaba de ler, indique, por favor, o grau em que medida esta poderia ter sido uma história de um acontecimento da sua vida, bem como das suas reacções e sentimentos nessa situação.

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1 2 3 4 5

1 - nenhuma relação com a minha vida

2 - alguma relação com a minha vida

3 - tem relação com a minha vida

4 - muita relação com a minha vida

5 - total relação com a minha vida

Projecto de Investigação
JNICT PCSH/C/PSI/267/91

O. F. Gonçalves, A. Alves, I. Soares, Z. Duarte, A. Maia, & M. Henriques

Idade _____ Sexo _____

Profissão _____

Habilitações _____

A narrativa que acaba de ler é uma história construída que é possível que nunca se tenha passado consigo. No entanto, há histórias que, embora não nos tenham acontecido, poderiam todavia ter feito parte da nossa vida, não só pelo acontecimento em si, mas pelas nossas reacções e sentimentos nessas situações.

Em relação à narrativa que acaba de ler, indique, por favor, o grau em que medida esta poderia ter sido uma história de um acontecimento da sua vida, bem como das suas reacções e sentimentos nessa situação.

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1 2 3 4 5

1 - nenhuma relação com a minha vida

2 - alguma relação com a minha vida

3 - tem relação com a minha vida

4 - muita relação com a minha vida

5 - total relação com a minha vida

Era tão novo e de repente estava sozinho. Tinha deixado o hospital onde ela tinha ficado internada e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me inseguro a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltado para mim próprio. A partir desse momento só poderia contar comigo próprio. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.



Instrumentos destinados à descrição da Amostra

Anexo 18

Questionário de dados
demográficos com declaração de
consentimento

Anexo 19

Questionário de Diagnóstico
Clínico

Anexo 20

Entrevista da História da
Perturbação

Anexo 21

Protocolo de Avaliação de
Marcadores do Desenvolvimento
na Psicopatologia / Versão A -
PAMaDeP

terceiro estudo

Código _____

CONSENTIMENTO

Estamos a pedir a sua participação para um estudo sobre o desenvolvimento, manutenção e tratamento de problemas emocionais. Constituímos uma equipa de investigação interessada em aprofundar o conhecimento científico neste domínio. Com efeito, gostaríamos de saber se concorda em colaborar neste estudo, dando-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados alguns instrumentos de recolha de informação, bem como para a realização de entrevistas psicológicas audio-gravadas. A sua colaboração e informações pessoais serão totalmente confidenciais e a sua participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso.

Data ____/____/____

O(A) Voluntário(a)

O(A) Investigador(a)

DADOS PESSOAIS

Sexo: _____

Data Nascimento / Idade : _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Situação Profissional: _____

Questionário de Diagnóstico Clínico

Margarida Rangel-Henriques (Univ. Porto)
Isabel Soares (Univ. Minho)
Lúcia Neves (Univ. Minho)

Nome do paciente: _____

Morada: _____

Telefone: (____) _____

Terapeuta: Psicólogo ☐

Médico psiquiatra ☐

Local de atendimento do paciente (Instituição): _____

Telefone: (____) _____

1. Qual considera ser o Diagnóstico clínico principal, de acordo com o DSM – IV?

☐ Agorofobia sem História de Perturbação de Pânico (300.22)

☐ Perturbação de Pânico com Agorofobia (300.21)

☐ Outro; Qual? _____

2. Considera tratar-se de uma situação de co-morbilidade?

☐ Não

☐ Sim; Com que outra(s) perturbação(ões)? _____

3. Na sua opinião há algo a assinalar ao nível de perturbações da personalidade (Eixo II do DSM-IV) ?

☐ Não

☐ Sim; Especifique: _____

4. Por favor, especifique relativamente ao diagnóstico clínico principal, quais dos seguintes critérios do DSM - IV foram preenchidos neste caso:

☐ Ansiedade face a lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil ou embaraçosa;

☐ Ansiedade face a lugares ou situações nos quais possa não ter ajuda disponível no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico;

☐ Medos agorafóbicos num conjunto característico de situações: estar só fora de casa, estar numa multidão, esperar numa fila, atravessar uma ponte, viajar de autocarro, de comboio ou de automóvel;

☐ As situações são evitadas (por exemplo, são feitas restrições nas deslocações) ou enfrentadas com intenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico ou requerem a presença de uma pessoa de confiança.

☐ Ataques de pânico inesperados e recorrentes

Presença dos seguintes sintomas:

☐ Palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado

☐ Suores

☐ Estremecimentos ou tremores

☐ Dificuldades em respirar

☐ Sensação de sufoco

☐ Desconforto ou dor no peito

☐ Náuseas ou mal-estar abdominal

☐ Sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio

☐ Desrealização ou despersonalização

☐ Medo de perder o controlo ou de enlouquecer

☐ Medo de morrer

☐ Dormências ou formigueiros

☐ Sensação de frio ou de calor

☐ Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um (ou mais) dos seguintes aspectos:

☐ Preocupação persistente acerca de ter novos ataques;

☐ Preocupação acerca das implicações dos ataques ou das suas consequências;

☐ Uma alteração significativa no comportamento relacionado com os ataques.

☐ Presença de agorafobia

5. No momento presente, em que fase do tratamento considera que este paciente se encontra?

☐ Fase inicial

☐ Fase intermédia

☐ Fase final

Entrevista da História da Perturbação

Margarida Rangel-Henriques (Univ. Porto)
Isabel Soares (Univ. Minho)
Lúcia Neves (Univ. Minho)

Código: _____

1. **Há quanto tempo começou o seu problema actual?** Especificar a idade que tinha na altura e os meses e anos que passaram desde que:

- a) se iniciou a perturbação: _____
- b) *se tem perturbação de pânico*, foi a 1ª crise: _____
- c) começou o medo de sair ou deslocar-se só: _____

2. **Quando é que recorreu pela primeira vez a um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?**

3. **Quando iniciou o tratamento com o seu actual terapeuta?** _____

4. **Nos 12 meses prévios ao início do seu problema, encontrava-se numa etapa especial da sua vida em que tivessem ocorrido acontecimentos, conflitos ou mudanças significativas?** *Em caso afirmativo*, esclareça quais foram, quando aconteceram e como é que o sujeito reagia à situação (por exemplo, doenças, acidentes, perdas significativas, sobrecarga de exigências, morte de pessoas queridas, casamento, nascimento de filhos, separação, etc.).

5. **Mudou muito a sua forma de agir e de viver desde que tem este problema?** Especificar de que maneira afectou as suas relações familiares, sociais, de trabalho, a utilização do tempo livre, a capacidade de deslocar-se sozinho, etc..

6. **Actualmente, qual o grau de interferência do problema com a sua vida, incluindo trabalho, família, amigos, actividades, etc., considerando uma escala de 0 a 4?**

- 0 - Nenhuma
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Severa
- 4 - Muito Severa

7. Numa apreciação geral, como considera que tem sido a evolução deste seu problema?

- Agravou-se
- Melhorou
- Manteve-se
- Foi variável (“com altos e baixos”)

8. Entre os seus familiares directos (pais, avós, tios, irmãos, etc.) há alguém que sofra ou tenha sofrido de uma perturbação similar à sua, ou de algum outro problema psiquiátrico? Especificar quem, o problema e quando.

9. Durante a sua vida, alguma vez foi a um psiquiatra ou psicólogo por outros motivos distintos do problema actual? Especificar a idade e o motivo.

PAMaDeP – Versão A (Forma M)

Margarida Rangel-Henriques (Univ. Porto)

Isabel Soares (Univ. Minho)

Lúcia Neves (Univ. Minho)

Armando Pinho (Univ. Minho)

(GEV - Grupo de Estudos da Vinculação)

Código: _____

Instruções

Este questionário procura conhecer comportamentos, pensamentos e sentimentos característicos da sua relação com os seus pais, com os outros em geral e consigo próprio, ao longo da vida. Ao responder, pense no que foi e tem sido a sua forma geral de sentir, de pensar ou de se comportar, o modo mais habitual das coisas acontecerem.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos que responda com sinceridade e de acordo com a sua situação.

Relativamente a cada afirmação deverá avaliar, em que medida, ela se aplica ao seu caso, concordando ou não com o que aí é dito. Assim, se discorda totalmente com o que é afirmado deverá assinalar com uma cruz sobre o número 1 da escala de resposta; se, pelo contrário, “concorda totalmente” deverá assinalar o número 4 e assim, sucessivamente, identificando o número da escala que melhor traduz o seu posicionamento acerca do que aí é afirmado. A escala de respostas é assim constituída pelos seguintes níveis:

1 – Discordo totalmente

2 - Discordo

3 - Concordo

4 - Concordo totalmente

Por exemplo, para a afirmação:

| | | | | |
|------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Quando era pequeno, merecia a admiração dos adultos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------|---|---|---|---|

Indique sempre, para todas as afirmações, o seu grau de acordo e em caso de dúvida opte pela resposta que melhor corresponda ao seu caso.

Não existe tempo limite para responder, no entanto, procure dar a resposta que corresponde à sua primeira impressão, sem demorar muito tempo em cada afirmação. Uma vez preenchida cada uma das partes não deverá voltar atrás. Quando acabar verifique apenas, por favor, se respondeu a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Este questionário está dividido em 3 partes: uma delas “Quando era pequeno” sobre o seu funcionamento nessa época, outra “Antes de ter este problema” e outra “Forma Mãe” e “Forma Pai” sobre o modo como a sua mãe e o seu pai se relacionaram consigo. A seguir, por favor, leia cuidadosamente as instruções de cada parte do questionário.

FORMA MÃE

Este questionário procura conhecer o modo como a sua mãe (ou pessoa que a substituíra) se relacionou consigo quando era pequeno(a), período que se pode reportar até aos 15 / 16 anos. Em seguida, é apresentado um conjunto de afirmações e gostaríamos que para cada uma indicasse em que grau era uma característica da relação da sua mãe consigo. Assim, se considerar que a afirmação caracteriza muito mal, que era exactamente o contrário, o oposto deverá assinalar que discorda totalmente, colocando uma cruz no número 1 da escala de resposta; se considera que a afirmação caracteriza muito bem o que foi a relação da sua mãe consigo, deverá assinalar que concorda totalmente, colocando uma cruz no número 4 da escala de resposta e, assim, sucessivamente, traduzindo o grau em que caracteriza para o grau de acordo com a afirmação correspondente.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------|----------|----------|------------------------|
| Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. A minha mãe era paciente e tolerante. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. A minha mãe tratou-me, até demasiado tarde, como um bebé. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. A minha mãe era rigorosa e rígida, amedrontando-me. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. A minha mãe esperava de mim que eu lhe desse mimos e apoio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. A minha mãe tentava controlar tudo o que eu fazia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. A minha mãe não gostava da minha companhia em casa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. A minha mãe, geralmente, perdoava-me os erros ou limitações. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. A minha mãe tentava fazer com que eu precisasse dela para tudo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. A minha mãe, muitas vezes, era áspera e dura comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. A minha mãe mostrava que gostava de ser mãe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A relação com a minha mãe era aberta e à vontade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. A minha mãe pressionou-me para que fosse independente, desde demasiado cedo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. A minha mãe intrometia-se na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. A minha mãe tinha manifestações físicas de afecto comigo (abraços, carícias, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. A minha mãe era alguém a quem eu tinha dificuldade em agradar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. A minha mãe tinha prazer em estar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. A minha mãe achava que era ela quem devia resolver os meus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. A minha mãe não tinha tempo para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. A minha mãe era infeliz na sua relação conjugal, amorosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 20. A minha mãe pressionava-me para estudar e para o sucesso, em vez de me dar apoio e compreensão. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. A minha mãe preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. A minha mãe era uma pessoa a quem podia fazer as minhas confidências. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. A minha mãe, raramente, estava comigo a fazer as minhas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. A minha mãe não queria que eu me tornasse adulto(a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. A minha mãe fazia-me sentir que gostava de mim tal como eu era, sem exigir que eu fosse uma pessoa diferente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. A minha mãe estava demasiado ocupada ou preocupada com os seus assuntos para me dar atenção. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. A minha mãe manifestava um bem-estar e uma capacidade de agir que me dava confiança. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. A minha mãe protegia-me excessivamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. A minha mãe não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. A minha mãe estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e apoio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. A minha mãe não me dava coragem para eu desenvolver as minhas capacidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. A minha mãe chamava-me a atenção para as suas preocupações e necessidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. A minha mãe, frequentemente, fazia em vez de mim, coisas que eu era capaz de fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. A minha mãe esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. A minha mãe era incompetente ou incapaz de lidar com situações problemáticas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. A minha mãe pensava que eu não era capaz de tomar conta de mim, se ela não estivesse ao meu lado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. A minha mãe fazia-me sentir que eu era um fardo para ela. | 1 | 2 | 3 | 4 |

FORMA PAI

Este questionário procura conhecer o modo como o seu pai (ou pessoa que o substituíra) se relacionou consigo quando era pequeno(a), período que se pode reportar até aos 15 / 16 anos. Em seguida, é apresentado um conjunto de afirmações e gostaríamos que para cada uma indicasse em que grau era uma característica da relação do seu pai consigo. Assim, se considerar que a afirmação caracteriza muito mal, que era exactamente o contrário, o oposto deverá assinalar que discorda totalmente, colocando uma cruz no número 1 da escala de resposta; se considerar que a afirmação caracteriza muito bem o que foi a relação do seu pai consigo, deverá assinalar que concorda totalmente, colocando uma cruz no número 4 da escala de resposta e, assim, sucessivamente, traduzindo o grau em que caracteriza para o grau de acordo com a afirmação correspondente.

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. O meu pai era paciente e tolerante. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. O meu pai tratou-me, até demasiado tarde, como um bebé. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. O meu pai era rigoroso e rígido, amedrontando-me. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. O meu pai esperava de mim que eu lhe desse mimos e apoio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. O meu pai tentava controlar tudo o que eu fazia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. O meu pai não gostava da minha companhia em casa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. O meu pai, geralmente, perdoava-me os erros ou limitações. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. O meu pai tentava fazer com que eu precisasse dele para tudo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. O meu pai, muitas vezes, era áspero e duro comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. O meu pai mostrava que gostava de ser pai. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A relação com o meu pai era aberta e à vontade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. O meu pai pressionou-me para que fosse independente, desde demasiado cedo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. O meu pai intrometia-se na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. O meu pai tinha manifestações físicas de afecto comigo (abraços, carícias, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. O meu pai era alguém a quem eu tinha dificuldade em agradar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. O meu pai tinha prazer em estar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. O meu pai achava que era ele quem devia resolver os meus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. O meu pai não tinha tempo para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. O meu pai era infeliz na sua relação conjugal, amorosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 20. O meu pai pressionava-me para estudar e para o sucesso, em vez de me dar apoio e compreensão. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. O meu pai preocupava-se demasiado com a possibilidade de eu me magoar ou de ficar doente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. O meu pai era uma pessoa a quem eu podia fazer as minhas confidências. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. O meu pai, raramente, estava comigo a fazer as minhas coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. O meu pai não queria que eu me tornasse adulto(a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. O meu pai fazia-me sentir que gostava de mim tal como eu era, sem exigir que eu fosse uma pessoa diferente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. O meu pai estava demasiado ocupado ou preocupado com os seus assuntos para me dar atenção. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. O meu pai manifestava um bem-estar e uma capacidade de agir que me dava confiança. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. O meu pai protegia-me excessivamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. O meu pai não me deixava fazer as coisas que eram normalmente permitidas a crianças da minha idade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. O meu pai estava sempre disponível quando eu precisava da sua confiança e apoio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. O meu pai não me dava coragem para eu desenvolver as minhas capacidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. O meu pai chamava-me a atenção para as suas preocupações e necessidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. O meu pai, frequentemente, fazia em vez de mim, coisas que eu era capaz de fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. O meu pai esforçava-se por me compreender e ajudar quando eu me sentia mais triste. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. O meu pai era incompetente ou incapaz de lidar com situações problemáticas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. O meu pai pensava que eu não era capaz de tomar conta de mim, se ele não estivesse ao meu lado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. O meu pai fazia-me sentir que eu era um fardo par ele. | 1 | 2 | 3 | 4 |

“Quando era pequeno” (M)

As questões que seguem referem-se à sua vida passada e são iniciadas pela expressão “Quando era pequeno”, reportando-se a um período que se pode estender até aos 15 /16 anos.

Algumas afirmações que se seguem referem-se à relação com os seus pais. No entanto, se tiver sido criado por outros adultos que os substituíram, ou apenas com um dos seus pais, deverá responder em relação a essa pessoa que cuidou de si.

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. Quando era pequeno, nunca queria separar-me dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Quando era pequeno, tive que assumir a responsabilidade de cuidar de mim ou de outros, quando ainda era demasiado jovem para isso. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Quando era pequeno, sentia-me rejeitado pelos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Quando era pequeno, sofri muito com a doença de um dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Quando era pequeno, acusavam-me de “ser pouco dado”. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Quando era pequeno, tinha medo que os meus pais me abandonassem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Quando era pequeno, as pessoas consideravam-me muito maduro e responsável. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Quando era pequeno, perdi (por morte) um dos meus pais ou os dois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Quando era pequeno, sentia-me excessivamente frágil perante obstáculos e dificuldades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Quando era pequeno, sentia-me pouco amado pelos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Quando era pequeno, era pouco autónomo no arranjo pessoal (vestir, lavar-me etc.) tendo tido, até tarde, da ajuda dos meus pais ou de outros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Quando era pequeno, nunca me custou nada separar-me dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Quando era pequeno, estava sempre preocupado com o que pudesse acontecer de mal aos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Quando era pequeno, a minha vida sofreu alterações muito negativas após a morte de um dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Quando era pequeno, tinha tendência para sentir mal-estar físico (dores, vômitos, etc.) em situações problemáticas para mim, sem estar doente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Quando era pequeno, sofria muito quando tinha que me separar dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Quando era pequeno, pressentia rejeição na atitude dos meus pais para comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Quando era pequeno, fui pouco autónomo até tarde, precisando da ajuda dos pais ou de outros para resolver as minhas dificuldades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Quando era pequeno, senti-me abandonado pelos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 20. Quando era pequeno, tinha tendência para não revelar aos outros as minhas mágoas, por achar que não valia a pena contar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Quando era pequeno, para adormecer precisava de ter um dos meus pais ao meu lado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Quando era pequeno, sentia-me muitas vezes incompreendido e só. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Quando era pequeno, era afectivamente muito independente dos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quando era pequeno, fui ameaçado de abandono pelos meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Quando era pequeno, sofri a ausência de um dos meus pais ou dos dois, durante um período de tempo prolongado. | 1 | 2 | 3 | 4 |

“Antes de ter este problema” (M)

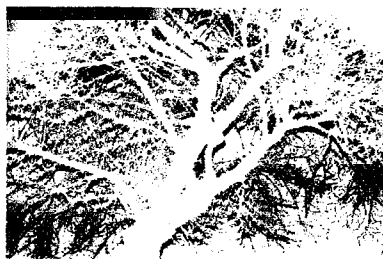
As questões que se seguem, referem-se ao seu funcionamento “antes de ter este problema”, pelo que serão sempre iniciadas por esta expressão.

| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. Antes de ter este problema, considerava-me emocionalmente imaturo e infantil. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Antes de ter este problema, tinha tendência a desvalorizar-me. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Antes de ter este problema, vir a ter a sensação de perder o controlo era algo que me afligia muito. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Antes de ter este problema, quando me confrontava com dificuldades pensava que ninguém me poderia compreender e ajudar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Antes de ter este problema, tinha tendência para ser medroso e apreensivo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Antes de ter este problema, para mim era vital fazer coisas para provar as minhas capacidades. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Antes de ter este problema, tinha tendência a deprimir-me. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Antes de ter este problema, tinha tendência a sentir uma ansiedade excessiva perante situações desconhecidas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Antes de ter este problema, considerava-me muito dependente e “apegado” à minha família. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Antes de ter este problema, tinha tendência a sentir-me perturbado por dúvidas, imagens ou pensamentos repetitivos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Antes de ter este problema, tinha tendência para ser tímido, introvertido e pouco sociável. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Antes de ter este problema, tinha tendência a estar muito atento e preocupado com as minhas reacções fisiológicas (como o funcionamento do coração, do intestino, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Antes de ter este problema, quando me confrontava com imprevistos sentia-me pouco confiante para os resolver sozinho. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Antes de ter este problema, pensava que tinha alguma característica que fazia com que os outros não gostassem de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Antes de ter este problema, tinha aversão a situações que pudesse não dominar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Antes de ter este problema, sentia-me pouco enérgico, passivo e com pouca actividade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Antes de ter este problema, quando me confrontava com dificuldades procurava logo a ajuda dos outros para resolver a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Antes de ter este problema, considerava-me, socialmente, uma pessoa pouco segura na relação com os outros e com dificuldade em encontrar a melhor maneira de dizer as coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 Discordo Totalmente | 2 Discordo | 3 Concordo | 4 Concordo Totalmente |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

| | Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|
| 19. Antes de ter este problema, sentia-me impotente para lidar com as ameaças e os perigos que me rodeavam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Antes de ter este problema, considerava que a melhor forma de viver era contar apenas comigo próprio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Antes de ter este problema, quando pensava que uma situação podia vir a ser problemática para mim, passava a evitá-la. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Antes de ter este problema, a sensação de solidão era frequente em mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Antes de ter este problema, tinha tendência a estar sempre muito atento e preocupado com a possibilidade de surgirem problemas na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Antes de ter este problema, enfrentar um obstáculo sozinho constituía para mim um desafio difícil, mas irresistível. | 1 | 2 | 3 | 4 |



Anexo 22

Resultados do estudo piloto da
validação divergente

terceiro estudo

Resultados do Estudo Piloto da Validação Divergente *

Quadro 1

Distribuição da Amostra de Sujeitos com Agorafobia por Grau de Identificação com as cinco Narrativas Protótipo (NP) apresentadas (N=12)

| Sujeito | Sexo (F / M) | Grau de Relação c/ NP da Agorafobia | Grau de Relação c/ NP da Depressão | Grau de Relação c/ NP do Alcoolismo | Grau de Relação c/ NP da Anorexia | Grau de Relação c/ NP da Toxicodep. |
|---------|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | F | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 2 | M | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 3 | F | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 4 | M | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 5 | F | 2 | 5 | 5 | 3 | 1 |
| 6 | M | 1 | 1 | 1 | 1 | ? |
| 7 | F | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | F | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 |
| 9 | F | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 10 | F | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 11 | M | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 12 | F | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 |

Quadro 2

Medidas descritivas quanto ao grau das identificações dos sujeitos com a agorafobia com as cinco narrativas protótipo (NP).

| Resultados do Grau | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis | |
|----------------------|--------|--------|------|---------|-----------|------|
| | | | | | P 25 | P 75 |
| NP Agorafobia | 1 | 5 | 2 | 2.0 | 2.0 | 3.3 |
| NP Depressão | 1 | 5 | 2 | 2.5 | 2.0 | 3.0 |
| NP Alcoolismo | 1 | 5 | 2 | 2.0 | 2.0 | 3.3 |
| NP Toxicodependência | 1 | 2 | 1 | 1.0 | 1.0 | 2.0 |
| NP Anorexia | 1 | 4 | 1 | 1.5 | 1.0 | 2.0 |

* As amostras de sujeitos com agorafobia e respectivos significativos foram recolhidas com a colaboração de um colega da área, no contexto de uma instituição de serviços clínicos do nosso País em 1998.

Quadro 3

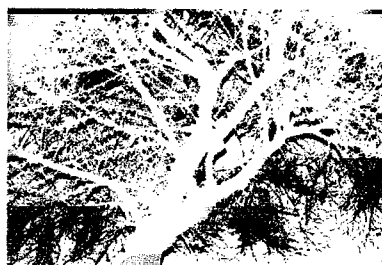
Distribuição da Amostra de Significativos por Grau de Relação Atribuído entre os Sujeitos com Agorafobia e as Narrativas Protótipo (NP) apresentadas (N=11)

| Nº do Sujeito Respectivo | Grau de Parentesco | Grau de Relação c/ NP da Agorafobia | Grau de Relação c/ NP da Depressão | Grau de Relação c/ NP do Alcoolismo | Grau de Relação c/ NP da Anorexia | Grau de Relação c/ NP da Toxicodep. |
|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Filho | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 2 | Mãe | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 3 | Irmã | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 4 | Marido | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 5 | Mãe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | Cunhada | 2 | 5 | 4 | 2 | 1 |
| 7 | Prima | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| 8 | Marido | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| 9 | ? | - | - | - | - | - |
| 10 | Marido | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 11 | Esposa | 3 | 4 | 1 | 3 | 4 |
| 12 | ? | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 |

Quadro 4

Medidas Descritivas quanto ao grau das identificações atribuído pelos Significativos às cinco narrativas protótipo (NP).

| Resultados do Grau | Mínimo | Máximo | Moda | Mediana | Percentis | |
|----------------------|--------|--------|-----------|---------|-----------|------|
| | | | | | P 25 | P 75 |
| NP Agorafobia | 1 | 5 | 3 | 3.0 | 1.5 | 3.0 |
| NP Depressão | 1 | 5 | 1 / 2 / 4 | 2.0 | 1.5 | 3.5 |
| NP Alcoolismo | 1 | 4 | 1 | 2.0 | 1.0 | 3.5 |
| NP Toxicodependência | 1 | 4 | 1 | 1.0 | 1.0 | 1.5 |
| NP Anorexia | 1 | 4 | 2 | 2.0 | 1.5 | 2.5 |



Instrumentos destinados à Validação Divergente

Anexo 23

Questionário de Hierarquização de
Narrativas Protótipo

Anexo 24

Questionário de Avaliação de
Narrativas Protótipo

terceiro estudo

Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo

Óscar F. Gonçalves

Univ. Minho

&

Margarida Rangel Henriques

Univ. Porto

Instruções para sujeitos com agorafobia:

1º - “ESCOLHA FORÇADA”

As narrativas que vai ler são histórias construídas que correspondem a diferentes vivências humanas. É possível que nunca se tenham passado consigo, no entanto, há histórias que embora nunca nos tenham acontecido, poderiam todavia ter feito parte da nossa vida, não tanto pelo acontecimento em si, mas pelas nossas reacções e sentimentos nessas situações.

Gostaríamos que começasse por ler todas as histórias e, a seguir, as ordenasse segundo o seu grau de identificação com cada uma delas, colocando por ordem da que mais se identifica, para a que menos tem a ver consigo. Ou seja, elegendo para 1º lugar a narrativa que melhor poderia ilustrar o seu funcionamento, a sua maneira de ser e estar, a que mais tem a ver consigo, para 2º lugar a que melhor ilustra o seu funcionamento a seguir e assim sucessivamente, até colocar em último lugar aquela que menos “se parece” consigo, que menos tem a ver consigo, que menos se aproxima do seu funcionamento.

As narrativas que vai ter são histórias construídas que correspondem a diferentes vivências humanas. É possível que nunca se tenham passado consigo, no entanto, há histórias que embora nunca nos tenham acontecido, poderiam todavia ter feito parte de nossa vida, não tanto pelo acontecimento em si, mas pelas nossas reações e sentimentos nessas situações.

Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ela tinha ficado internado e no caminho para casa começou a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso viu muita gente ali perto, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que eu estava a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremores e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento eu poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia que sempre estabelecer com as outras pessoas as coisas em que me estava a acontecer-me e me marcar definitivamente aquilo que eu recusar as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente-me que afinal estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitas outras na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acabei por adormecer nessa noite.

2

e do espaço por parecer que o seu desaparecimento provocaria. Corri a ir vê-lo, na esperança de encontrar ainda com vida. Quando li cheguei, adverti-me que aquilo que era antes era uma realidade, as pessoas estavam todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde demais para fazer um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente preocupado com a possibilidade alguma de ele sair dali para fora. Não consegui meter as mãos e comecei a chorar silenciosamente pelas condições da minha solidão. Eram aquelas coisas que me faziam sentir como uma bomba. Cheguei-me à informação que esse homem não estava morto, mas sim vivo.

O início

3

[illegible]

4

A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Esse pessoal tinha acabado de morrer. Assabei-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabara de ouvir. Quando li cheguei ao ponto de que era de facto verdade. Fiquei paralisado a procurar perceber a que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Não me parecia fazer nada, mas simplesmente ficar acanhado na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei como a sensação de que o mundo desabava sobre mim deixando-me apertado contra mim próprio, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer.

5

arranhado, que me
eles foram inabismáveis
pensado que as pessoas
sentimentos e à minha volta
ainda hoje me custa a acreditar

Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo

Oscar Gonçalves & Margarida Rangel-Henriques

FOLHA DE RESPOSTA DE SUJEITOS COM AGORAFOBIA

Data: _____

Código do Sujeito: _____

| Número de ordem | TEXTO (Transcrição da primeira frase) |
|-----------------|------------------------------------------|
| 1º | “ |
| 2º | “ |
| 3º | “ |
| 4º | “ |
| 5º | “ |

Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo

Gonçalves, O. F. & Maia, A.
Univ. Minho
&
Henriques, M.
Univ. Porto

Instruções para sujeitos com agorafobia:

2º - GRAU DE IDENTIFICAÇÃO COM CADA NARRATIVA

Agora, gostaríamos que indicasse para cada uma das narrativas o grau de relação que tem consigo. Ou seja, em que medida se identifica com cada uma delas ou, ainda por outras palavras, até que ponto a narrativa corresponde a uma história que poderia perfeitamente ser sua, das suas reacções e sentimentos nessa situação, por ter a ver consigo, com o seu funcionamento mais habitual. Avalie, por favor, o grau de relação de cada história consigo, numa escala de cinco pontos, em que o “1” representa “nenhuma relação consigo”, o “2: alguma relação”, o “3: tem relação consigo”, o “4: muita relação” e o “5” representa “total relação consigo”, colocando um círculo à volta do respectivo número.

Nesse dia, ao entrar no café, estava na pior. Não suportava mais aquela vida e aquela tensão. Em casa as conversas pareciam-me todas iguais. No trabalho era a tortura constante dos dias que se seguiam uns aos outros. A pessoa com quem namorava já pouco me dizia para além da conversa papagueada do dia a dia. O café naquele dia parecia uma realidade diferente. O destino parece que me abria de novo as portas. Um grupo de estrangeiros sentava-se ao meu lado na esplanada com as mochilas carregadas espalhadas pelo chão. Discutiam as suas aventuras e viagens por esse mundo fora. Era como se eles estivessem ali por uma força superior. Os meus olhos começaram a arregalar-se e a saliva a crescer. Lentamente fui entrando na conversa quase que levado por um impulso que não podia controlar. As realidades dos seus mundos começaram a tornar-se nas minhas fantasias. Tudo aconteceu num ápice e quando dei comigo já seguia com eles quase como num transe. Deitei tudo para trás para partir para esta aventura que se me ofereceu ao caminho. Com o decorrer do tempo veio a cansaço das viagens. As viagens eram uma oportunidade mas a pouco e pouco iam-se transformando numa rotina. Quando me cansava ia de novo para um lugar e de novo me cansava. Seguia-se uma nova partida. Com as viagens ia conhecendo muitas gentes e lugares mas sentia-me cada vez mais sozinha e sem direcção. Hoje, dou por mim arrastada automaticamente às esplanadas dos cafés pelo mundo fora, na esperança de que o mundo se abra de novo à minha frente.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação comigo
- 2 – alguma relação comigo
- 3 – tem relação comigo
- 4 – muita relação comigo
- 5 – total relação comigo

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Essa pessoa tinha acabado de morrer. Assaltou-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabava de ouvir. Quando lá cheguei percebi que era de facto verdade. Fiquei paralizada a procurar perceber o que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Foi então que decidi ficar sozinha e comecei a chorar. Estava só, triste e também revoltada. Não me apetecia fazer nada, mas simplesmente ficar sozinha na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei com a sensação de que o mundo desabava sobre mim deixando-me apertada contra mim própria, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação comigo
- 2 – alguma relação comigo
- 3 – tem relação comigo
- 4 – muita relação comigo
- 5 – total relação comigo

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Estava em casa quando a notícia me caiu como uma bomba. Chegava-me a informação que essa pessoa estava a morrer. Só nessa altura tomei consciência da importância que ela tinha para mim e do espaço por preencher que o seu desaparecimento provocaria. Corri a ir vê-la, na esperança de a encontrar ainda com vida. Quando lá cheguei, adivinhei que aquilo que eu temia era uma realidade, as pessoas estavam todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde de mais. Assaltou-me então um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente só e triste. Ao mesmo tempo havia em mim uma forte tensão que me trazia um desejo muito forte de ultrapassar o mais depressa possível aquela situação e de sair dali para fora. A tristeza e a tensão que sentia provocaram-me uma necessidade urgente de que aquele momento desaparecesse rapidamente. Não consegui reter as lágrimas e comecei a chorar. As lágrimas embaciavam-me a vista e acentuavam ainda mais a cortina que me separava de tudo o que se passava. Fugi desesperadamente pelos corredores e desci a escada a toda a velocidade. À medida que escapava da situação tornava-se cada vez mais clara a minha tristeza e foi então que me apercebi da minha solidão. Estava agora sozinha no mundo. Percebo hoje que este episódio marcou uma viragem decisiva na minha vida, a partir do qual nada ficou como dantes. Esta viragem foi também o início do desmoronamento. Foi como se as paredes onde tudo estava alicerçado comessem a desfazer-se em pó. Nada ficou como dantes.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação comigo
- 2 – alguma relação comigo
- 3 – tem relação comigo
- 4 – muita relação comigo
- 5 – total relação comigo

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Estávamos todos reunidos em casa quando o meu pai me deu a notícia de que eu tinha que ir para aquele colégio. Ele estava bastante sério, olhava-me nos olhos e falava-me pausadamente, mas com um tom agressivo como nunca tinha visto antes. Todos na sala olhavam silenciosamente para mim, como na antecipação da minha reacção. Todos sabiam que eu preferia morrer a voltar para lá, mas eles não admitiam de modo algum a minha recusa. Sentia uma profunda tristeza e um desencanto ao ver como é que as pessoas que me eram mais próximas me podiam obrigar a fazer aquilo que eu mais detestava. O desprezo deles pela minha tristeza aumentava ainda mais o desencanto, e com este desencanto vinha a ansiedade e a ira. Sentia uma revolta profunda. Olhei para baixo, desviando os olhos deles e continuei a manifestar a minha recusa por entre soluços e uma convulsão de lágrimas. O meu pai foi-se exaltando e as suas palavras lentas davam agora lugar a berros. Eu continuava de olhos baixos, cheios de lágrimas e repetindo como um disco arranhado, que me recusava a fazer o que eles queriam. No entanto, e apesar dos meus apelos, eles foram inabaláveis e eu acabei forçada a render-me aos seus desígnios. Até aí sempre tinha pensado que as pessoas que me amavam nunca poderiam ser tão insensíveis aos meus sentimentos e à minha vontade. Aquilo em que eu acreditava ruiu como um castelo de cartas e ainda hoje me custa a acreditar que a realidade tenha mesmo que ser assim.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação comigo
- 2 – alguma relação comigo
- 3 – tem relação comigo
- 4 – muita relação comigo
- 5 – total relação comigo

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação comigo
- 2 – alguma relação comigo
- 3 – tem relação comigo
- 4 – muita relação comigo
- 5 – total relação comigo

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5



Resultados descritivos da Amostra

Anexo 25

Distribuição de sexo, idade, estado civil, habilitações, nível sócio-económico e situação profissional, por sujeito com agorafobia

Anexo 26

Distribuição das características do diagnóstico e da fase da terapia, por sujeito

terceiro estudo

Distribuição do Sexo, Idade, Estado Civil, Habilitações, Nível Sócio Económico e Situação Profissional por Sujeito com Agorafobia

| SUJEITO | SEXO | IDADE (anos) | ESTADO CIVIL | N.º ANOS ESTUDO | GRAFFAR | SITUAÇÃO PROFISSIONAL |
|---------|------|-----------------|-----------------|--------------------|---------|--------------------------|
| 1 | F | 27 | Solteiro | 15 | II | Estuda ou Trabalha |
| 2 | M | 58 | Casado | 4 | III | Reformado |
| 3 | F | 24 | Solteiro | 17 | I | Estuda ou Trabalha |
| 4 | M | 28 | Casado | 17 | II | Estuda ou Trabalha |
| 5 | M | 57 | Casado | 14 | I | Estuda ou Trabalha |
| 6 | M | 38 | Viúvo | 6 | IV | Desempregado |
| 7 | F | 22 | Solteiro | 12 | II | Estuda ou Trabalha |
| 8 | M | 30 | Solteiro | 4 | V | Desempregado |
| 9 | F | 30 | Solteiro | 11 | II | Estuda ou Trabalha |
| 10 | F | 22 | Solteiro | 14 | IV | Estuda ou Trabalha |
| 11 | F | 26 | Casado | 6 | IV | Estuda ou Trabalha |
| 12 | M | 26 | Casado | 7 | III | Estuda ou Trabalha |
| 13 | M | 27 | Solteiro | 17 | I | Estuda ou Trabalha |
| 14 | M | 47 | Casado | 4 | IV | Desempregado |
| 15 | F | 32 | Casado | 17 | II | Estuda ou Trabalha |
| 16 | M | 44 | Casado | 4 | IV | Com baixa |
| 17 | M | 28 | Solteiro | 14 | II | Estuda ou Trabalha |
| 18 | F | 32 | Casado | 5 | III | Desempregado |
| 19 | F | 26 | Casado | 12 | III | Desempregado |
| 20 | F | 26 | Solteiro | 12 | V | Desempregado |
| 21 | M | 19 | Solteiro | 12 | IV | Estuda ou Trabalha |
| 22 | M | 24 | Solteiro | 13 | III | Estuda ou Trabalha |
| 23 | M | 48 | Casado | 7 | IV | Estuda ou Trabalha |
| 24 | F | 26 | Casado | 6 | III | Estuda ou Trabalha |
| 25 | F | 17 | Solteiro | 11 | II | Estuda ou Trabalha |
| 26 | F | 34 | Solteiro | 12 | II | Estuda ou Trabalha |
| 27 | F | 33 | Solteiro | 17 | II | Estuda ou Trabalha |
| 28 | M | 29 | Solteiro | 17 | II | Estuda ou Trabalha |
| 29 | F | 29 | Casado | 17 | I | Estuda ou Trabalha |
| 30 | F | 36 | Casado | 12 | III | Estuda ou Trabalha |
| 31 | M | 41 | Casado | 4 | IV | Com baixa |
| 32 | M | 26 | Casado | 5 | V | Desempregado |
| 33 | F | 42 | Casado | 17 | I | Estuda ou Trabalha |
| 34 | F | 32 | Casado | 10 | III | Desempregado |
| 35 | M | 45 | Casado | 11 | III | Estuda ou Trabalha |
| 36 | F | 40 | Solteiro | 15 | II | Estuda ou Trabalha |
| 37 | M | 29 | Casado | 12 | II | Estuda ou Trabalha |
| 38 | M | 49 | Casado | 10 | III | Estuda ou Trabalha |
| 39 | F | 32 | Solteiro | 16 | III | Estuda ou Trabalha |
| 40 | F | 30 | Casado | 6 | IV | Estuda ou Trabalha |

Distribuição das Características do Diagnóstico (o n.º de *critérios* máximo é 7 e os critérios de 1 a 13 correspondem aos sintomas de pânico) e da Fase da Terapia por Sujeito.

| Suj. | Diagnóstico Principal | Comorbilidade Eixo I (Não/sim) | Comorbilidade Eixo II (Não/Sim) | N.º Critérios Diagnós. | Crit. 1 | Crit. 2 | Crit. 3 | Crit. 4 | Crit. 5 | Crit. 6 | Crit. 7 | Crit. 8 | Crit. 9 | Crit. 10 | Crit. 11 | Crit. 12 | Crit. 13 | Fase da Terapia |
|------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| 1 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | N | S | S | S | N | S | N | S | N | N | N | Intermédia |
| 2 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | N | S | N | S | N | N | N | N | S | N | N | Intermédia |
| 3 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | N | N | S | S | N | S | S | N | S | N | N | N | Final |
| 4 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | N | S | N | N | N | S | N | N | S | N | S | Intermédia |
| 5 | Ago.Com Pânico | S | N | 7 | S | S | N | N | N | N | N | S | N | S | S | S | S | Final |
| 6 | Ago.Sem Pânico | S | S | 5 | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | Intermédia |
| 7 | Ago.Com Pânico | S | N | 7 | S | S | S | S | S | S | N | S | S | S | S | S | N | Final |
| 8 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | N | S | N | S | N | S | S | S | S | N | S | Intermédia |
| 9 | Ago.Com Pânico | S | N | 7 | S | S | S | S | N | S | S | S | S | S | S | S | S | Intermédia |
| 10 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | S | S | S | S | S | N | N | S | S | S | Intermédia |
| 11 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | S | S | N | N | N | S | N | N | S | N | N | Final |
| 12 | Ago.Com Pânico | S | S | 7 | S | S | N | S | S | N | N | N | N | N | S | N | N | Intermédia |
| 13 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | N | N | S | S | S | S | S | N | N | S | N | N | Final |
| 14 | Ago.Com Pânico | S | N | 7 | N | N | N | N | N | N | N | S | S | S | N | S | S | Intermédia |
| 15 | Ago.Com Pânico | S | N | 6 | S | N | S | S | S | N | S | S | S | S | N | N | N | Intermédia |
| 16 | Ago.Com Pânico | N | S | 7 | N | S | S | N | N | N | S | S | N | N | N | N | N | Intermédia |
| 17 | Ago.Com Pânico | S | N | 6 | S | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | N | N | Intermédia |
| 18 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | N | N | N | N | N | N | S | N | S | S | N | S | Intermédia |
| 19 | Ago.Com Pânico | N | S | 6 | S | N | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | Inicial |
| 20 | Ago.Com Pânico | N | S | 7 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | Inicial |
| 21 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | S | S | N | N | S | N | N | N | N | N | Inicial |
| 22 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | S | N | S | N | S | N | N | S | S | N | Inicial |
| 23 | Ago.Sem Pânico | N | N | 5 | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | Inicial |
| 24 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | N | S | S | S | N | S | N | N | N | N | N | Intermédia |
| 25 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | N | N | N | N | N | S | S | S | N | S | Intermédia |
| 26 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | S | N | N | S | N | N | S | S | N | N | N | Final |
| 27 | Ago.Com Pânico | S | N | 6 | N | S | S | N | N | N | N | S | S | S | N | N | N | Intermédia |
| 28 | Ago.Sem Pânico | N | N | 5 | S | N | N | N | N | N | N | S | N | S | N | N | N | Intermédia |
| 29 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | N | S | S | S | N | N | S | N | N | S | N | N | Inicial |
| 30 | Ago.Com Pânico | N | S | 7 | S | N | S | S | S | S | S | S | S | N | S | N | S | Intermédia |
| 31 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | S | S | S | S | N | S | N | S | N | N | N | Intermédia |
| 32 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | S | S | S | N | S | S | S | S | S | S | Intermédia |
| 33 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | S | N | N | N | N | N | N | N | S | N | N | Final |
| 34 | Ago.Com Pânico | S | S | 7 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | Intermédia |
| 35 | Ago.Com Pânico | N | N | 6 | S | S | S | N | N | S | S | S | N | S | N | N | N | Intermédia |
| 36 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | N | N | S | N | N | S | N | N | S | N | N | Intermédia |
| 37 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | S | N | N | N | N | N | S | N | N | N | S | S | Intermédia |
| 38 | Ago.Com Pânico | N | S | 7 | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | N | N | Inicial |
| 39 | Ago.Com Pânico | N | N | 7 | S | N | S | N | N | N | N | S | N | N | S | N | S | Inicial |
| 40 | Ago.Com Pânico | S | S | 7 | S | S | S | S | N | S | S | S | S | S | S | N | S | Intermédia |



Anexo 27

Fórmula das Comparações

Múltiplas, proposta por Silva (1994)

terceiro estudo

Fórmula das Comparações Múltiplas

O procedimento a seguir descrito é baseado em Silva (1994, p. 112 e 113). De acordo com a fórmula das *comparações múltiplas*, considerou-se que a diferença entre os resultados de dois tratamentos, de índices respectivamente p e q , era significativa nos casos em que

$$|R_p - R_q| > t_{1-0.05/2} \sqrt{\frac{2 \left(b \sum_{\substack{1 \leq i \leq k \\ 1 \leq j \leq b}} R_{ij}^2 - \sum_{1 \leq j \leq b} R_j^2 \right)}{(b-1)(k-1)}},$$

onde:

$t_{1-\alpha/2}$ = percentil da distribuição t -Student com $(b-1)(k-1)$ graus de liberdade,

b = número de sujeitos,

k = número de tratamentos,

R_{ij} = valor de ordem da resposta do sujeito i ao tratamento j e

$$R_j = \sum_{i=1}^b R_{ij}.$$

Este teste foi utilizado após a prova estatística de Friedman, isto é, quando $X_R^2 > \chi_{k-1}^2$, sendo este último o valor de qui-quadrado com $(k-1)$ graus de liberdade,

$$X_R^2 = \frac{12S}{bk(k+1)} \quad \text{e} \quad S = \sum_{j=1}^k R_j^2 - 3b(k+1).$$



Anexo 28

Ilustração do cálculo da validação
divergente através da fórmula das
comparações múltiplas

terceiro estudo

Resultados dos Sujeitos com Agorafobia

Ordem de Identificação com as Narrativas Protótipo

| Sujeito | NPAgo | NPDep | NPAIc | NPTox | NPAno |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 2 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 3 |
| 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| 6 | 5 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| 7 | 2 | 5 | 4 | 1 | 3 |
| 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 |
| 9 | 4 | 1 | 3 | 5 | 2 |
| 10 | 2 | 5 | 4 | 1 | 3 |
| 11 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| 12 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 13 | 5 | 2 | 4 | 3 | 1 |
| 14 | 4 | 2 | 3 | 5 | 1 |
| 15 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | 4 | 1 | 5 | 3 | 2 |
| 17 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 |
| 18 | 5 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| 19 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 |
| 20 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| 21 | 4 | 5 | 2 | 3 | 1 |
| 22 | 5 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| 23 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| 24 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| 25 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 |
| 26 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 |
| 27 | 4 | 5 | 2 | 3 | 1 |
| 28 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 30 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| 31 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 |
| 32 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 33 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 34 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 |
| 35 | 5 | 1 | 2 | 4 | 3 |
| 36 | 3 | 5 | 2 | 1 | 4 |
| 37 | 5 | 4 | 1 | 3 | 2 |
| 38 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 39 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 40 | 2 | 4 | 5 | 3 | 1 |

| | | | |
|-------|-------|----|---|
| NPAgo | NPDep | | |
| 160 | 143 | 17 | 0 |
| NPAgo | NPAIc | | |
| 160 | 141 | 19 | 0 |
| NPAgo | NPTox | | |
| 160 | 80 | 80 | 1 |
| NPAgo | NPAno | | |
| 160 | 76 | 84 | 1 |
| NPDep | NPAIc | | |
| 143 | 141 | 2 | 0 |
| NPDep | NPTox | | |
| 143 | 80 | 63 | 1 |
| NPDep | NPAno | | |
| 143 | 76 | 67 | 1 |
| NPAIc | NPTox | | |
| 141 | 80 | 61 | 1 |
| NPAIc | NPAno | | |
| 141 | 76 | 65 | 1 |
| NPTox | NPAno | | |
| 80 | 76 | 4 | 0 |

"0": a diferença entre os resultado não é significativa

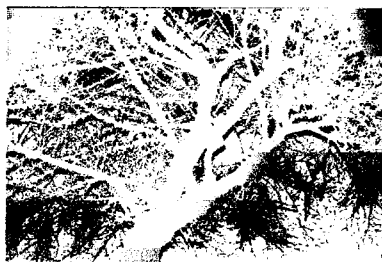
"1": a diferença entre os resultado é significativa

| | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|-------|-------|------|------|----------------|-----------------|---------------|------------|---------------|-------------|
| Σ | 160 | 143 | 141 | 80 | 76 | ΣR_i^2 | b (nº sujeitos) | k (nº tratam) | Somat Rij2 | t (graus lib) | Comp. Múlt. |
| Σ^2 | 25600 | 20449 | 19881 | 6400 | 5776 | 78106 | 40 | 5 | 1400 | 1,96 | 28,890508 |

Resultados dos Sujeitos com Agorafobia

Grau de Identificação com as Narrativas Protótipo

| Sujeito | NPAgo | NPDep | NPAIc | NPTox | NPAno | | | | | | |
|------------|---------|---------|---------|---------|-------|---------------------------------------------------------|-----------------|---------------|------------|---------------|-------------|
| 1 | 3,0 | 4,0 | 5,0 | 1,5 | 1,5 | NPAgo | NPDep | | | | |
| 2 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 2,0 | 149,5 | 152,5 | -3,0 | | 0 | |
| 3 | 5,0 | 4,0 | 2,5 | 1,0 | 2,5 | | | | | | |
| 4 | 5,0 | 3,5 | 3,5 | 2,0 | 1,0 | NPAgo | NPAIc | | | | |
| 5 | 5,0 | 3,5 | 3,5 | 1,5 | 1,5 | 149,5 | 144,5 | 5,0 | | 0 | |
| 6 | 1,5 | 4,0 | 4,0 | 1,5 | 4,0 | | | | | | |
| 7 | 2,5 | 5,0 | 4,0 | 2,5 | 1,0 | NPAgo | NPTox | | | | |
| 8 | 2,0 | 5,0 | 3,5 | 1,0 | 3,5 | 149,5 | 78,5 | 71,0 | | 1 | |
| 9 | 4,0 | 2,5 | 2,5 | 5,0 | 1,0 | | | | | | |
| 10 | 2,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | 4,0 | NPAgo | NPAno | | | | |
| 11 | 5,0 | 4,0 | 3,0 | 1,5 | 1,5 | 149,5 | 75,0 | 74,5 | | 1 | |
| 12 | 3,0 | 4,5 | 4,5 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 13 | 4,5 | 2,5 | 4,5 | 2,5 | 1,0 | NPDep | NPAIc | | | | |
| 14 | 4,0 | 4,0 | 1,5 | 4,0 | 1,5 | 152,5 | 144,5 | 8,0 | | 0 | |
| 15 | 5,0 | 4,0 | 3,0 | 2,0 | 1,0 | | | | | | |
| 16 | 4,5 | 4,5 | 3,0 | 1,5 | 1,5 | NPDep | NPTox | | | | |
| 17 | 3,5 | 5,0 | 2,0 | 1,0 | 3,5 | 152,5 | 78,5 | 74,0 | | 1 | |
| 18 | 4,5 | 3,0 | 4,5 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 19 | 2,0 | 4,0 | 5,0 | 1,0 | 3,0 | NPDep | NPAno | | | | |
| 20 | 3,5 | 3,5 | 5,0 | 1,5 | 1,5 | 152,5 | 75,0 | 77,5 | | 1 | |
| 21 | 4,0 | 5,0 | 2,5 | 2,5 | 1,0 | | | | | | |
| 22 | 4,0 | 1,0 | 2,5 | 5,0 | 2,5 | NPAIc | NPTox | | | | |
| 23 | 4,5 | 3,0 | 4,5 | 1,5 | 1,5 | 144,5 | 78,5 | 66,0 | | 1 | |
| 24 | 5,0 | 4,0 | 3,0 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 25 | 2,0 | 5,0 | 3,5 | 1,0 | 3,5 | NPAIc | NPAno | | | | |
| 26 | 3,0 | 4,5 | 4,5 | 1,0 | 2,0 | 144,5 | 75,0 | 69,5 | | 1 | |
| 27 | 2,5 | 4,5 | 4,5 | 2,5 | 1,0 | | | | | | |
| 28 | 5,0 | 2,0 | 4,0 | 2,0 | 2,0 | NPTox | NPAno | | | | |
| 29 | 4,5 | 3,0 | 4,5 | 1,5 | 1,5 | 78,5 | 75,0 | 3,5 | | 0 | |
| 30 | 4,5 | 3,0 | 4,5 | 1,0 | 2,0 | | | | | | |
| 31 | 3,5 | 5,0 | 3,5 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 32 | 4,5 | 3,0 | 4,5 | 2,0 | 1,0 | "0": a diferença entre os resultado não é significativa | | | | | |
| 33 | 5,0 | 3,5 | 3,5 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 34 | 3,0 | 5,0 | 4,0 | 1,0 | 2,0 | "1": a diferença entre os resultado é significativa | | | | | |
| 35 | 4,0 | 4,0 | 1,5 | 4,0 | 1,5 | | | | | | |
| 36 | 3,0 | 4,5 | 2,0 | 1,0 | 4,5 | | | | | | |
| 37 | 5,0 | 4,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | | | | | | |
| 38 | 2,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 1,0 | | | | | | |
| 39 | 5,0 | 2,5 | 4,0 | 2,5 | 1,0 | | | | | | |
| 40 | 2,0 | 3,5 | 5,0 | 3,5 | 1,0 | | | | | | |
| Σ | 149,5 | 152,5 | 144,5 | 78,5 | 75,0 | ΣR_i^2 | b (nº sujeitos) | k (nº tratam) | Somat Rij2 | t (graus lib) | Comp. Múlt. |
| Σ^2 | 22350,3 | 23256,3 | 20880,3 | 6162,25 | 5625 | 78274 | 40 | 5 | 1400 | 1,96 | 28,81882 |



Instrumentos destinados à Validação Divergente

Anexo 29

Questionário de Hierarquização de
Narrativas Protótipo -Versão para
Significativos / Formato A
(aplicação directa)

Anexo 30

Questionário de Hierarquização de
Narrativas Protótipo -Versão para
Significativos / Formato B (aplicação
directa)

Anexo 31

Questionário de Avaliação de
Narrativas Protótipo -Versão para
Significativos

quarto estudo



Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo

– Versão para *Significativos* / Formato A (aplicação directa)

Óscar F. Gonçalves
Univ. Minho
&
Margarida Rangel-Henriques
Univ. Porto

Instruções para *Significativos*:

1º - “ESCOLHA FORÇADA”

As narrativas que vai ler são histórias construídas que correspondem a diferentes vivências humanas. É possível que nunca se tenham passado com o seu familiar / amigo(a), no entanto, há histórias que poderiam todavia ter feito parte da vida dele(a), não tanto pelo acontecimento em si, mas pelas reacções e sentimentos dele(a) em situações desse tipo.

Gostaríamos que comesse por ler todas as histórias e, a seguir, as ordenasse segundo o grau de identificação de cada uma delas com o seu familiar / amigo(a), colocando por ordem da que mais identifica com ele(a), para a que menos tem a ver com o seu familiar / amigo(a). Ou seja, elegendo para 1º lugar a narrativa que melhor poderia ilustrar o funcionamento dele(a), a maneira de ser e estar, para 2º lugar a que melhor ilustra o funcionamento dele(a) a seguir e, assim, sucessivamente, até colocar em último lugar aquela que menos “se parece” com o seu familiar / amigo(a), que menos tem a ver com ele(a), que menos se aproxima do funcionamento dele(a).

Questionário de Hierarquização de Narrativas Protótipo
- Versão para *Significativos* / Formato B (aplicação indirecta)

Óscar F. Gonçalves
Univ. Minho
&
Margarida Rangel-Henriques
Univ. Porto

Código do Sujeito com Agorafobia: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Habilitações: _____

Grau de parentesco / relação: _____

Tempo de evolução da doença do seu(sua) familiar / amigo(a): _____

Data de preenchimento: _____

As narrativas que vai ler são histórias construídas que correspondem a diferentes vivências humanas. É possível que nunca se tenham passado com o seu familiar / amigo(a), no entanto, há histórias que poderiam todavia ter feito parte da vida dele(a), não tanto pelo acontecimento em si, mas pelas reacções e sentimentos dele(a) em situações desse tipo.

Gostaríamos que comesse por ler todas as histórias e, a seguir, as ordenasse segundo o grau de identificação de cada uma delas com o seu familiar / amigo(a), colocando por ordem da que mais identifica com ele(a), para a que menos tem a ver com o seu familiar / amigo(a). Ou seja, elegendo para 1º lugar a narrativa que melhor poderia ilustrar o funcionamento dele(a), a maneira de ser e estar, para 2º lugar a que melhor ilustra o funcionamento dele(a) a seguir e, assim, sucessivamente, até colocar em último lugar aquela que menos “se parece” com o seu familiar / amigo(a), que menos tem a ver com ele(a), que menos se aproxima do funcionamento dele(a).

Muito obrigado pela sua colaboração

Nesse dia, ao entrar no café, estava na pior. Não suportava mais aquela vida e aquela tensão. Em casa as conversas pareciam-me todas iguais. No trabalho era a tortura constante dos dias que se seguiam uns aos outros. A pessoa com quem namorava já pouco me dizia para além da conversa papagueada do dia a dia. O café naquele dia parecia uma realidade diferente. O destino parece que me abria de novo as portas. Um grupo de estrangeiros sentava-se ao meu lado na esplanada com as mochilas carregadas espalhadas pelo chão. Discutiam as suas aventuras e viagens por esse mundo fora. Era como se eles estivessem ali por uma força superior. Os meus olhos começaram a arregalar-se e a saliva a crescer. Lentamente fui entrando na conversa quase que levado por um impulso que não podia controlar. As realidades dos seus mundos começaram a tornar-se nas minhas fantasias. Tudo aconteceu num ápice e quando dei comigo já seguia com eles quase como num transe. Deitei tudo para trás para partir para esta aventura que se me ofereceu ao caminho. Com o decorrer do tempo veio a cansaço das viagens. As viagens eram uma oportunidade mas a pouco e pouco iam-se transformando numa rotina. Quando me cansava ia de novo para um lugar e de novo me cansava. Seguia-se uma nova partida. Com as viagens ia conhecendo muitas gentes e lugares mas sentia-me cada vez mais sozinha e sem direcção. Hoje, dou por mim arrastada automaticamente às esplanadas dos cafés pelo mundo fora, na esperança de que o mundo se abra de novo à minha frente.

**Esta é a narrativa com que eu identifico o meu(minha) familiar/amigo(a) em
(coloque um círculo à volta do lugar correspondente):**

1° 2° 3° 4° 5° lugar

A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Essa pessoa tinha acabado de morrer. Assaltou-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabava de ouvir. Quando lá cheguei percebi que era de facto verdade. Fiquei paralizada a procurar perceber o que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Foi então que decidi ficar sozinha e comecei a chorar. Estava só, triste e também revoltada. Não me apetecia fazer nada, mas simplesmente ficar sozinha na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei com a sensação de que o mundo desabava sobre mim deixando-me apertada contra mim própria, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer.

**Esta é a narrativa com que eu identifico o meu(minha) familiar/amigo(a) em
(coloque um círculo à volta do lugar correspondente):**

1° 2° 3° 4° 5° lugar

Estava em casa quando a notícia me caiu como uma bomba. Chegava-me a informação que essa pessoa estava a morrer. Só nessa altura tomei consciência da importância que ela tinha para mim e do espaço por preencher que o seu desaparecimento provocaria. Corri a ir vê-la, na esperança de a encontrar ainda com vida. Quando lá cheguei, adivinhei que aquilo que eu temia era uma realidade, as pessoas estavam todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde de mais. Assaltou-me então um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente só e triste. Ao mesmo tempo havia em mim uma forte tensão que me trazia um desejo muito forte de ultrapassar o mais depressa possível aquela situação e de sair dali para fora. A tristeza e a tensão que sentia provocaram-me uma necessidade urgente de que aquele momento desaparecesse rapidamente. Não consegui reter as lágrimas e comecei a chorar. As lágrimas embaciavam-me a vista e acentuavam ainda mais a cortina que me separava de tudo o que se passava. Fugi desesperadamente pelos corredores e desci a escada a toda a velocidade. À medida que escapava da situação tornava-se cada vez mais clara a minha tristeza e foi então que me apercebi da minha solidão. Estava agora sozinha no mundo. Percebo hoje que este episódio marcou uma viragem decisiva na minha vida, a partir do qual nada ficou como dantes. Esta viragem foi também o início do desmoronamento. Foi como se as paredes onde tudo estava alicerçado comessem a desfazer-se em pó. Nada ficou como dantes.

**Esta é a narrativa com que eu identifico o meu(minha) familiar/amigo(a) em
(coloque um círculo à volta do lugar correspondente):**

1° 2° 3° 4° 5° lugar

Estávamos todos reunidos em casa quando o meu pai me deu a notícia de que eu tinha que ir para aquele colégio. Ele estava bastante sério, olhava-me nos olhos e falava-me pausadamente, mas com um tom agressivo como nunca tinha visto antes. Todos na sala olhavam silenciosamente para mim, como na antecipação da minha reacção. Todos sabiam que eu preferia morrer a voltar para lá, mas eles não admitiam de modo algum a minha recusa. Sentia uma profunda tristeza e um desencanto ao ver como é que as pessoas que me eram mais próximas me podiam obrigar a fazer aquilo que eu mais detestava. O desprezo deles pela minha tristeza aumentava ainda mais o desencanto, e com este desencanto vinha a ansiedade e a ira. Sentia uma revolta profunda. Olhei para baixo, desviando os olhos deles e continuei a manifestar a minha recusa por entre soluços e uma convulsão de lágrimas. O meu pai foi-se exaltando e as suas palavras lentas davam agora lugar a berros. Eu continuava de olhos baixos, cheios de lágrimas e repetindo como um disco arranhado, que me recusava a fazer o que eles queriam. No entanto, e apesar dos meus apelos, eles foram inabaláveis e eu acabei forçada a render-me aos seus desígnios. Até aí sempre tinha pensado que as pessoas que me amavam nunca poderiam ser tão insensíveis aos meus sentimentos e à minha vontade. Aquilo em que eu acreditava ruiu como um castelo de cartas e ainda hoje me custa a acreditar que a realidade tenha mesmo que ser assim.

**Esta é a narrativa com que eu identifico o meu(minha) familiar/amigo(a) em
(coloque um círculo à volta do lugar correspondente):**

1° 2° 3° 4° 5° lugar

Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

**Esta é a narrativa com que eu identifico o meu(minha) familiar/amigo(a) em
(coloque um círculo à volta do lugar correspondente):**

1° 2° 3° 4° 5° lugar

Questionário de Avaliação de Narrativas Protótipo

- Versão para *Significativos* -

Óscar F. Gonçalves
Univ. Minho
&
Margarida Rangel-Henriques
Univ. Porto

Código do Sujeito com Agorafobia: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Profissão: _____

Habilitações: _____

Grau de parentesco / relação: _____

Tempo de evolução da doença do seu(sua) familiar / amigo(a): _____

Data de preenchimento: _____

Agora, gostaríamos que indicasse para cada uma das narrativas o grau de relação que tem com o seu familiar / amigo(a). Ou seja, em que medida a identifica ele(a) ou, ainda por outras palavras, até que ponto a narrativa corresponde a uma história que poderia perfeitamente ser do seu(sua) familiar / amigo(a), das suas reacções e sentimentos nessa situação, por ter a ver com ele(a), com o funcionamento que lhe é mais habitual. Avalie, por favor, o grau de relação de cada história com o seu(sua) familiar / amigo(a), numa escala de cinco pontos, em que o “1” representa nenhuma relação com o seu(sua) familiar / amigo(a), o “2” alguma relação, o “3” tem relação com ele(a), o “4” muita relação e o “5” representa total relação com o seu(sua) familiar / amigo(a), colocando um círculo à volta do respectivo número.

Muito obrigado pela sua colaboração

Nesse dia, ao entrar no café, estava na pior. Não suportava mais aquela vida e aquela tensão. Em casa as conversas pareciam-me todas iguais. No trabalho era a tortura constante dos dias que se seguiam uns aos outros. A pessoa com quem namorava já pouco me dizia para além da conversa papagueada do dia a dia. O café naquele dia parecia uma realidade diferente. O destino parece que me abria de novo as portas. Um grupo de estrangeiros sentava-se ao meu lado na esplanada com as mochilas carregadas espalhadas pelo chão. Discutiam as suas aventuras e viagens por esse mundo fora. Era como se eles estivessem ali por uma força superior. Os meus olhos começaram a arregalar-se e a saliva a crescer. Lentamente fui entrando na conversa quase que levado por um impulso que não podia controlar. As realidades dos seus mundos começaram a tornar-se nas minhas fantasias. Tudo aconteceu num ápice e quando dei comigo já seguia com eles quase como num transe. Deitei tudo para trás para partir para esta aventura que se me ofereceu ao caminho. Com o decorrer do tempo veio a cansaço das viagens. As viagens eram uma oportunidade mas a pouco e pouco iam-se transformando numa rotina. Quando me cansava ia de novo para um lugar e de novo me cansava. Seguia-se uma nova partida. Com as viagens ia conhecendo muitas gentes e lugares mas sentia-me cada vez mais sozinho e sem direcção. Hoje, dou por mim arrastado automaticamente às esplanadas dos cafés pelo mundo fora, na esperança de que o mundo se abra de novo à minha frente.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 2 – alguma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 3 – tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 4 – muita relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 5 – total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Essa pessoa tinha acabado de morrer. Assaltou-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabava de ouvir. Quando lá cheguei percebi que era de facto verdade. Fiquei paralizado a procurar perceber o que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Foi então que decidi ficar sozinho e comecei a chorar. Estava só, triste e também revoltado. Não me apetecia fazer nada, mas simplesmente ficar sozinho na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei com a sensação de que o mundo desabava sobre mim deixando-me apertado contra mim próprio, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 2 – alguma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 3 – tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 4 – muita relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 5 – total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Estava em casa quando a notícia me caiu como uma bomba. Chegava-me a informação que essa pessoa estava a morrer. Só nessa altura tomei consciência da importância que ela tinha para mim e do espaço por preencher que o seu desaparecimento provocaria. Corri a ir vê-la, na esperança de a encontrar ainda com vida. Quando lá cheguei, adivinhei que aquilo que eu temia era uma realidade, as pessoas estavam todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde de mais. Assaltou-me então um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente só e triste. Ao mesmo tempo havia em mim uma forte tensão que me trazia um desejo muito forte de ultrapassar o mais depressa possível aquela situação e de sair dali para fora. A tristeza e a tensão que sentia provocaram-me uma necessidade urgente de que aquele momento desaparecesse rapidamente. Não consegui reter as lágrimas e comecei a chorar. As lágrimas embaciavam-me a vista e acentuavam ainda mais a cortina que me separava de tudo o que se passava. Fugi desesperadamente pelos corredores e desci a escada a toda a velocidade. À medida que escapava da situação tornava-se cada vez mais clara a minha tristeza e foi então que me apercebi da minha solidão. Estava agora sozinho no mundo. Percebo hoje que este episódio marcou uma viragem decisiva na minha vida, a partir do qual nada ficou como dantes. Esta viragem foi também o início do desmoronamento. Foi como se as paredes onde tudo estava alicerçado comessem a desfazer-se em pó. Nada ficou como dantes.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 2 – alguma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 3 – tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 4 – muita relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 5 – total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Estávamos todos reunidos em casa quando o meu pai me deu a notícia de que eu tinha que ir para aquele colégio. Ele estava bastante sério, olhava-me nos olhos e falava-me pausadamente, mas com um tom agressivo como nunca tinha visto antes. Todos na sala olhavam silenciosamente para mim, como na antecipação da minha reacção. Todos sabiam que eu preferia morrer a voltar para lá, mas eles não admitiam de modo algum a minha recusa. Sentia uma profunda tristeza e um desencanto ao ver como é que as pessoas que me eram mais próximas me podiam obrigar a fazer aquilo que eu mais detestava. O desprezo deles pela minha tristeza aumentava ainda mais o desencanto, e com este desencanto vinha a ansiedade e a ira. Sentia uma revolta profunda. Olhei para baixo, desviando os olhos deles e continuei a manifestar a minha recusa por entre soluços e uma convulsão de lágrimas. O meu pai foi-se exaltando e as suas palavras lentas davam agora lugar a berros. Eu continuava de olhos baixos, cheios de lágrimas e repetindo como um disco arranhado, que me recusava a fazer o que eles queriam. No entanto, e apesar dos meus apelos, eles foram inabaláveis e eu acabei forçado a render-me aos seus desígnios. Até aí sempre tinha pensado que as pessoas que me amavam nunca poderiam ser tão insensíveis aos meus sentimentos e à minha vontade. Aquilo em que eu acreditava ruiu como um castelo de cartas e ainda hoje me custa a acreditar que a realidade tenha mesmo que ser assim.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 2 – alguma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 3 – tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 4 – muita relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 5 – total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5

Era tão novo e de repente estava sozinho. Tinha deixado o hospital onde ela tinha ficado internada e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me inseguro a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltado para mim próprio. A partir desse momento só poderia contar comigo próprio. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 2 – alguma relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 3 – tem relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 4 – muita relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)
- 5 – total relação com o meu(minha) familiar / amigo(a)

Ponha um círculo à volta do grau correspondente:

1

2

3

4

5



Anexo 32

Questionário de dados
demográficos dos *Significativos*

quarto estudo

Questionário de Dados Demográficos de *Significativos*

Óscar F. Gonçalves
Univ. Minho
&
Margarida Rangel-Henriques
Univ. Porto

Código do Sujeito com Agorafobia: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

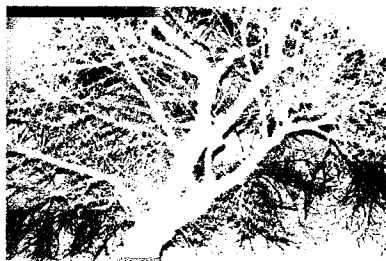
Profissão: _____

Habilitações: _____

Grau de parentesco / relação: _____

Tempo de evolução da doença do seu(sua) familiar / amigo(a): _____

Data de preenchimento: _____



Anexo 33

Questionário de Avaliação de
Narrativas Protótipo para Clínicos

quinto estudo

Narrativas Protótipo e Psicopatologia

Óscar F. Gonçalves & Ângela Maia
Universidade do Minho
&
Margarida Rangel Henriques
Universidade do Porto

Estamos a desenvolver um projecto de investigação no domínio das narrativas e psicopatologia. No âmbito deste estudo, encontramos-nos numa terceira fase de recolha de dados que tem como objectivo central validar as narrativas protótipo já construídas. Com efeito, gostaríamos de lhe pedir a colaboração enquanto especialista na área, dado que a sua opinião se torna para nós imprescindível. As suas respostas ou informações pessoais serão estritamente confidenciais e a sua participação será voluntária, pelo que poderá retirar-se do estudo em qualquer momento do seu decurso.

Sexo (M/F):_____

Data de nascimento:_____

**Formação e áreas específicas de exercício
profissional:**_____

Orientação teórica predominante, usando uma escala de 1 (pouco relevante) a 7 (muito relevante):

| | |
|----------------|-------|
| Humanista | _____ |
| Psicanalítica | _____ |
| Cognitiva | _____ |
| Comportamental | _____ |
| Sistémica | _____ |
| Biológica | _____ |

Número de Anos de prática clínica:_____

Data:_____

As narrativas que vai ler são histórias construídas que correspondem a diferentes vivências humanas. Gostaríamos que para cada uma delas indicasse a medida em que as considera típicas de cada uma das seguintes psicopatologias: Agorafobia, Depressão, Toxicodependência, Anorexia, e Alcoolismo.

Por favor, depois de ler cada uma das narrativas protótipo, assinale para cada uma das cinco psicopatologias, o grau de relação que encontra entre a narrativa e essa perturbação psicopatológica, usando uma escala de relação de cinco pontos, em que 1 representa “nenhuma relação” e 5 “total relação”.

Muito obrigado pela sua colaboração

Narrativa Protótipo

Era tão nova e de repente estava sozinha. Tinha deixado o hospital onde ele tinha ficado internado e no caminho para casa comecei a sentir um medo intenso. Durante todo o percurso vim numa grande aflição, sentindo-me insegura a todo o momento. Era como se aquilo que estivesse a viver não fosse realidade. Chorei durante todo o caminho. O meu corpo estava tenso, sentia tremuras e náuseas. À medida que ia caminhando para casa sentia que não tinha qualquer controlo na minha vida e crescia assim a sensação de abandono. "Porquê eu?", repetia eu revoltada para mim própria. A partir desse momento só poderia contar comigo própria. Havia para já que chegar a casa e recuperar as forças para vencer o desafio que a vida me impunha. Afinal havia muitas coisas a que eu poderia recorrer. Também no passado eu tinha já ultrapassado outras situações bem difíceis. Havia que procurar apoio de todos aqueles que sempre estiveram comigo e recusar permanecer naquele estado. Ao entrar em casa havia em mim uma grande angústia por perceber que aquilo que me estava a acontecer me ia marcar definitivamente apercebendo-me que afinal as coisas eram bem mais difíceis do que aquilo que eu pensava anteriormente e que o mundo estava cheio de perigos, riscos e desgraças. No entanto isto era também um desafio como muitos outros na minha vida que eu teria que resolver de agora em diante. Foi com este pensamento que eu acalmei e acabei por adormecer nessa noite.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com esta psicopatologia
- 2 – alguma relação com esta psicopatologia
- 3 – tem relação com esta psicopatologia
- 4 – muita relação com esta psicopatologia
- 5 – total relação com esta psicopatologia

Ponha um círculo à volta do grau correspondente.

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agorafobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toxicodependência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anorexia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alcoolismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Narrativa Protótipo

Estávamos todos reunidos em casa quando o meu pai me deu a notícia de que eu tinha que ir para aquele colégio. Ele estava bastante sério, olhava-me nos olhos e falava-me pausadamente, mas com um tom agressivo como nunca tinha visto antes. Todos na sala olhavam silenciosamente para mim, como na antecipação da minha reacção. Todos sabiam que eu preferia morrer a voltar para lá, mas eles não admitiam de modo algum a minha recusa. Sentia uma profunda tristeza e um desencanto ao ver como é que as pessoas que me eram mais próximas me podiam obrigar a fazer aquilo que eu mais detestava. O desprezo deles pela minha tristeza aumentava ainda mais o desencanto, e com este desencanto vinha a ansiedade e a ira. Sentia uma revolta profunda. Olhei para baixo, desviando os olhos deles e continuei a manifestar a minha recusa por entre soluços e uma convulsão de lágrimas. O meu pai foi-se exaltando e as suas palavras lentas davam agora lugar a berros. Eu continuava de olhos baixos, cheios de lágrimas e repetindo como um disco arranhado, que me recusava a fazer o que eles queriam. No entanto, e apesar dos meus apelos, eles foram inabaláveis e eu acabei forçada a render-me aos seus desígnios. Até aí sempre tinha pensado que as pessoas que me amavam nunca poderiam ser tão insensíveis aos meus sentimentos e à minha vontade. Aquilo em que eu acreditava ruiu como um castelo de cartas e ainda hoje me custa a acreditar que a realidade tenha mesmo que ser assim.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com esta psicopatologia
 - 2 – alguma relação com esta psicopatologia
 - 3 – tem relação com esta psicopatologia
 - 4 – muita relação com esta psicopatologia
 - 5 – total relação com esta psicopatologia
- Ponha um círculo à volta do grau correspondente.

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agorafobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toxicodependência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anorexia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alcoolismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Narrativa Protótipo

Nesse dia, ao entrar no café, estava na pior. Não suportava mais aquela vida e aquela tensão. Em casa as conversas pareciam-me todas iguais. No trabalho era a tortura constante dos dias que se seguiam uns aos outros. A pessoa com quem namorava já pouco me dizia para além da conversa papagueada do dia a dia. O café naquele dia parecia uma realidade diferente. O destino parece que me abria de novo as portas. Um grupo de estrangeiros sentava-se ao meu lado na esplanada com as mochilas carregadas espalhadas pelo chão. Discutiam as suas aventuras e viagens por esse mundo fora. Era como se eles estivessem ali por uma força superior. Os meus olhos começaram a arregalar-se e a saliva a crescer. Lentamente fui entrando na conversa quase que levado por um impulso que não podia controlar. As realidades dos seus mundos começaram a tornar-se nas minhas fantasias. Tudo aconteceu num ápice e quando dei comigo já seguia com eles quase como num transe. Deitei tudo para trás para partir para esta aventura que se me ofereceu ao caminho. Com o decorrer do tempo veio a cansaço das viagens. As viagens eram uma oportunidade mas a pouco e pouco iam-se transformando numa rotina. Quando me cansava ia de novo para um lugar e de novo me cansava. Seguia-se uma nova partida. Com as viagens ia conhecendo muitas gentes e lugares mas sentia-me cada vez mais sozinho e sem direcção. Hoje, dou por mim arrastado automaticamente às esplanadas dos cafés pelo mundo fora, na esperança de que o mundo se abra de novo à minha frente.

AVALIAÇÃO

1 – nenhuma relação com esta psicopatologia

2 – alguma relação com esta psicopatologia

3 – tem relação com esta psicopatologia

4 – muita relação com esta psicopatologia

5 – total relação com esta psicopatologia

Ponha um círculo à volta do grau correspondente.

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agorafobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toxicodependência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anorexia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alcoolismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Narrativa Protótipo

A notícia foi-me dada inesperadamente quando estava em casa. Essa pessoa tinha acabado de morrer. Assaltou-me um sentimento de incredulidade. Não poderia ser verdade o que acabava de ouvir. Quando lá cheguei percebi que era de facto verdade. Fiquei paralisado a procurar perceber o que se estava a passar, tentando a todo o custo aceitar a notícia. Comecei então a sentir uma profunda tristeza acompanhada de uma grande revolta. Foi então que decidi ficar sozinho e comecei a chorar. Estava só, triste e também revoltado. Não me apetecia fazer nada, mas simplesmente ficar sozinho na minha tristeza a procurar aceitar e compreender a situação. Fiquei com a sensação de que o mundo desabava sobre mim deixando-me apertado contra mim próprio, incapaz de dar um passo que fosse. Desde esse momento senti-me mais e mais frágil para enfrentar o mundo, com uma grande vontade de desaparecer.

AVALIAÇÃO

1 – nenhuma relação com esta psicopatologia

2 – alguma relação com esta psicopatologia

3 – tem relação com esta psicopatologia

4 – muita relação com esta psicopatologia

5 – total relação com esta psicopatologia

Ponha um círculo à volta do grau correspondente.

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agorafobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toxicodependência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anorexia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alcoolismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Narrativa Protótipo

Estava em casa quando a notícia me caiu como uma bomba. Chegava-me a informação que essa pessoa estava a morrer. Só nessa altura tomei consciência da importância que ela tinha para mim e do espaço por preencher que o seu desaparecimento provocaria. Corri a ir vê-la, na esperança de a encontrar ainda com vida. Quando lá cheguei, adivinhei que aquilo que eu temia era uma realidade, as pessoas estavam todas vestidas de preto e eu percebi que era tarde de mais. Assaltou-me então um sentimento de tristeza profunda. Estava profundamente só e triste. Ao mesmo tempo havia em mim uma forte tensão que me trazia um desejo muito forte de ultrapassar o mais depressa possível aquela situação e de sair dali para fora. A tristeza e a tensão que sentia provocaram-me uma necessidade urgente de que aquele momento desaparecesse rapidamente. Não consegui reter as lágrimas e comecei a chorar. As lágrimas embaciavam-me a vista e acentuavam ainda mais a cortina que me separava de tudo o que se passava. Fugi desesperadamente pelos corredores e desci a escada a toda a velocidade. À medida que escapava da situação tornava-se cada vez mais clara a minha tristeza e foi então que me apercebi da minha solidão. Estava agora sozinho no mundo. Percebo hoje que este episódio marcou uma viragem decisiva na minha vida, a partir do qual nada ficou como dantes. Esta viragem foi também o início do desmoronamento. Foi como se as paredes onde tudo estava alicerçado comessem a desfazer-se em pó. Nada ficou como dantes.

AVALIAÇÃO

- 1 – nenhuma relação com esta psicopatologia
 - 2 – alguma relação com esta psicopatologia
 - 3 – tem relação com esta psicopatologia
 - 4 – muita relação com esta psicopatologia
 - 5 – total relação com esta psicopatologia
- Ponha um círculo à volta do grau correspondente.

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Agorafobia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Toxicod dependência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anorexia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alcoolismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Anexo 34

Distribuição do sexo, idade, formação, orientações teóricas e número de anos de prática, por clínico

quinto estudo

Distribuição do Sexo, da Idade, da Formação, das
Orientações Teóricas (1- Pouco Relevante; 7- Muito
Relevante) e Número de Anos de Prática por Clínico

| Clínico | Sexo | Idade | Formação | Orien. T. Humanista | Orien. T. Psicanalit.. | Orien. T. Cognitiva | Orien. T. Comportam.. | Orien. T.. Sistêmica | Orien. T. Biológica | N.º Anos Prática |
|---------|------|-------|------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| 01 | M | 42 | Psiquiatra | 5 | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 12 |
| 02 | M | 45 | Psiquiatra | 5 | 7 | 1 | 1 | 4 | 4 | 21 |
| 03 | F | 44 | Psicólogo | 5 | 7 | 2 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| 04 | M | 50 | Psiquiatra | 3 | 7 | 1 | 1 | 1 | 5 | 15 |
| 05 | F | 40 | Psiquiatra | 4 | 5 | 3 | 1 | 6 | 2 | 9 |
| 06 | F | 40 | Psiquiatra | 2 | 3 | 6 | 6 | 2 | 5 | 7 |
| 07 | M | 57 | Psiquiatra | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 20 |
| 08 | F | 43 | Psiquiatra | 5 | 1 | 3 | 3 | 5 | 7 | 11 |
| 09 | F | 41 | Psicólogo | 7 | 4 | 7 | 5 | 4 | 1 | 18 |
| 10 | F | 25 | Psicólogo | 7 | 2 | 7 | 5 | 7 | 1 | 2 |
| 11 | F | 33 | Psicólogo | 4 | 1 | 6 | 5 | 2 | 1 | 6 |
| 12 | F | 37 | Psicólogo | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 10 |
| 13 | F | 27 | Psicólogo | 4 | 1 | 6 | 6 | 3 | 4 | 3 |
| 14 | F | 25 | Psiquiatra | 4 | 1 | 7 | 7 | 6 | 2 | 3 |
| 15 | F | 24 | Psicólogo | 3 | 2 | 7 | 6 | 4 | 1 | 2 |
| 16 | M | 50 | Psiquiatra | 6 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 25 |
| 17 | F | 26 | Psicólogo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 18 | F | 40 | Psiquiatra | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 19 | F | 54 | Psiquiatra | 3 | 1 | 4 | 5 | 3 | 7 | 17 |
| 20 | M | 29 | Psiquiatra | 6 | 2 | 5 | 5 | 7 | 5 | 3 |
| 21 | M | 57 | Psiquiatra | 5 | 1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 29 |
| 22 | F | 34 | Psicólogo | 7 | 2 | 5 | 3 | 7 | 1 | 10 |
| 23 | F | 47 | Psiquiatra | 4 | 1 | 1 | 3 | 5 | 5 | 15 |
| 25 | F | 51 | Psicólogo | 1 | 7 | 1 | 1 | 4 | 1 | 25 |
| 26 | F | 33 | Psicólogo | 3 | 1 | 3 | 3 | 7 | 1 | 8 |
| 27 | M | 38 | Psicólogo | 5 | 1 | 6 | 4 | 3 | 1 | 10 |
| 28 | M | 43 | Psiquiatra | 3 | 3 | 7 | 2 | 6 | 6 | 14 |
| 29 | M | 33 | Psiquiatra | 7 | 5 | 4 | 4 | 2 | 7 | 10 |
| 30 | F | 37 | Psiquiatra | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 10 |
| 31 | M | 44 | Psiquiatra | 5 | 7 | 3 | 1 | 3 | 1 | 17 |
| 32 | F | 59 | Psiquiatra | 5 | 7 | 1 | 1 | 6 | 4 | 35 |
| 33 | M | 58 | Psiquiatra | 5 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 33 |
| 34 | M | 49 | Psiquiatra | 5 | 2 | 6 | 5 | 6 | 6 | 25 |
| 35 | M | 33 | Psiquiatra | 6 | 4 | 5 | 3 | 2 | 7 | 8 |
| 36 | F | 40 | Psiquiatra | 7 | 1 | 6 | 5 | 1 | 1 | 17 |
| 37 | F | 41 | Psiquiatra | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 7 | 19 |
| 38 | M | 48 | Psiquiatra | 7 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 19 |

| Clínico | Sexo | Idade | Formação | Orien. T. Humanista | Orien. T. Psicanalit.. | Orien. T. Cognitiva | Orien. T. Comportam.. | Orien. T.. Sistêmica | Orien. T. Biológica | N.º Anos Prática |
|---------|------|-------|------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| 40 | M | 44 | Psiquiatra | 4 | 1 | 6 | 6 | 5 | 7 | 13 |
| 41 | M | 39 | Psiquiatra | 7 | 1 | 7 | 7 | 1 | 1 | 8 |
| 42 | F | 34 | Psiquiatra | 4 | 1 | 2 | 2 | 7 | 5 | 8 |
| 43 | F | 42 | Psiquiatra | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 7 | 20 |
| 44 | M | 35 | Psiquiatra | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 6 | 10 |
| 45 | M | 56 | Psiquiatra | 4 | 7 | 3 | 2 | 6 | 5 | 20 |
| 46 | M | 66 | Psiquiatra | 7 | 3 | 7 | 5 | 5 | 5 | 12 |
| 47 | F | 38 | Psicólogo | 5 | 2 | 7 | 7 | 7 | 5 | 10 |
| 48 | F | 42 | Psiquiatra | 2 | 3 | 5 | 4 | 7 | 6 | 20 |
| 49 | M | 9 | Psiquiatra | 5 | 1 | 6 | 6 | 7 | 7 | 27 |
| 50 | F | 9 | Psiquiatra | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 6 | 10 |
| 51 | F | 9 | Psiquiatra | 5 | 1 | 4 | 5 | 3 | 7 | 13 |
| 52 | M | 56 | Psiquiatra | 7 | 2 | 5 | 6 | 5 | 7 | 27 |
| 53 | M | 9 | Psiquiatra | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 20 |
| 54 | F | 9 | Psicólogo | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 16 |
| 55 | F | 9 | Psiquiatra | 5 | 1 | 6 | 6 | 1 | 7 | 27 |
| 56 | F | 9 | Psiquiatra | 4 | 7 | 1 | 1 | 5 | 1 | 18 |
| 57 | M | 9 | Psiquiatra | 2 | 1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 32 |
| 58 | M | 9 | Psicólogo | 3 | 1 | 7 | 7 | 6 | 3 | 18 |